

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-León

Facultad de Odontología



Monografía para optar por el título de Cirujano Dentista

“Evaluación del llenado de expedientes clínicos de los pacientes atendidos en clínica de Prótesis Parciales por los estudiantes de IV curso de la carrera de Odontología, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-León, en el primer semestre del año 2017.”

Autores:

Br. Fabiola Massiel Paredes Rostrán.

Br. Cristhel Junieth Uriarte Rodríguez.

Tutor: MSc. Luis Alberto Quintana Salgado.

León, agosto de 2019

CONSTANCIA DE TUTOR

El suscrito profesor del departamento de medicina oral y tutor del trabajo monográfico titulado *“Evaluación del llenado de expedientes clínicos de los pacientes atendidos en clínica de Prótesis Parciales por los estudiantes de IV curso de la carrera de Odontología, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-León, en el primer semestre del año 2017.”* Realizado por **Fabiola Massiel Paredes Rostrán, y Cristhel Junieth Uriarte Rodríguez**, considera que dicho trabajo ha cumplido con los requisitos necesarios para que sea sometido a consideración de un tribunal examinador dispuesto por las autoridades de la Facultad de Odontología y a su vez ser defendido por la sustentante ante dicho tribunal, como requisitos para hacerse acreedoras al título de Cirujano Dentista.

Durante la realización de esta investigación las autoras han demostrado disciplina, interés y capacidad científico-técnica por lo que considero se encuentra suficientemente aptas para la defensa exitosa de esta investigación. Los resultados y conclusiones a los que llegan pueden servir como un aporte para mejorar nuestro trabajo facultativo, contribuyendo de esta manera con datos que incentiven a otros investigadores a reforzar este eje de investigación.

Atentamente:

MSc. Luis Alberto Quintana Salgado (Tutor)
Docente Adjunto Dpto. Medicina Oral
Facultad de Odontología UNAN-León

DEDICATORIA

A Dios: por haberme permitido llegar hasta este punto y dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad.

A mis padres: por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia que siempre enfundaron en mí, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

Br. Fabiola Massiel Paredes Rostrán.

DEDICATORIA

A Dios: por dame primeramente salud y la sabiduría necesaria durante mi formación personal y profesional y por ser mi guía en las decisiones que he tomado y su apoyo durante los momentos difíciles, dándome el valor necesario para enfrentar los problemas y dificultades.

A mis padres: Miguel Uriarte e Irene Rodríguez por ser mi ejemplo a seguir e inspiración, por llevarme de su mano para colocarme en un buen camino. Por inculcar en mí buenos valores, por darme consejos que han servido de mucho y que he puesto en práctica también por enseñarme que hay que luchar para obtener lo que uno se proponga y que para llegar al éxito tiene que ser uno constante y luchar por ello.

A mis hermanas: por ser mis amigas y compañeras de vida, por los buenos consejo que he recibido de ellas en el momento exacto y por el cual me han motivado en seguir adelante y ser mejor persona

A mis tías: por ayudarme y ser parte de mi formación profesional durante la carrera y el amor incondicional que me han demostrado.

A mi abuela (q.d.e.p): por enseñarme el amor a hacia Dios y por ser parte de mi educación y formación en general durante el tiempo de vida que estuvo conmigo.

Br. Cristhel Junieth Uriarte Rodríguez.

AGRADECIMIENTOS

A Dios: por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias.

A mis padres: por todo el amor y la paciencia que me han brindado, por guiarme cada día hacia adelante, por ser pilares en mi vida y ser siempre una fortaleza, por darme apoyo incondicionalmente desde que inicié la carrera hasta que la culminé.

A mis docentes: por la confianza, el apoyo y la dedicación del tiempo brindado, por la ayuda a la realización de esta tesis, por los conocimientos brindados que compartieron con nosotros, por inculcarnos el valor de ser un mejor profesional en un futuro.

Br. Fabiola Massiel Paredes Rostrán.

AGRADECIMIENTOS

A Dios: por ser el centro de todo, y darme vida para alcanzar mis metas.

A mi tutor: MSc. Luis Alberto Quintana por brindar su tiempo, sabiduría e inteligencia durante la realización de nuestra investigación y ser nuestro guía y apoyo.

Dra. Lourdes Blandón: por formar parte de esta investigación, brindando su conocimiento y consejos, por motivarnos en la realización de este trabajo.

A la facultad de odontología: por haber abierto sus puertas y por darme la oportunidad de estudiar esta linda carrera por enseñarme y darme los conocimientos necesarios en estos 5 años, también por dejarnos realizar nuestro trabajo monográfico en la institución.

A los docentes: por compartir sus conocimientos y ser parte de nuestro desarrollo profesional y compartir sus experiencias laborales con el fin que aprendiéramos a lidiar situaciones difíciles.

Mi familia: por estar ahí conmigo en los buenos y malos momentos, así también ayudándome a ser mejor persona.

Br. Cristhel Junieth Uriarte Rodríguez.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es evaluar el registro del llenado de los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en la clínica de Prótesis Parciales, realizados por los estudiantes del IV curso de la carrera de Odontología, de la UNAN-León, en el primer semestre del año 2017. Es un estudio descriptivo, corte transversal.

Las áreas de estudio fueron las clínicas multidisciplinarias de la facultad de Odontología, se revisaron un total de 56 expedientes clínicos que cumplieron con los criterios estipulados, resultando que el 100% de los expedientes analizados tienen la información del paciente incompleta. Las secciones con mayor porcentaje de información completa fueron datos generales y motivo de consulta. La sección con más información incompleta fue la del presupuesto, cabe señalar las faltas de firmas de autorización del tutor en las secciones establecidas lo que indica un bajo porcentaje de cumplimiento en este requisito. Se concluyó que los estudiantes no realizaron un llenado completo del expediente clínico y la presencia de radiografías fue poca en la mayoría de estos expedientes.

Palabras claves: Expedientes clínicos, Prótesis Parciales, llenado.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	OBJETIVOS	4
III.	MARCO TEÓRICO.....	5
	A. Importancia y repercusiones del expediente clínico	5
	B. Aspectos del expediente clínico	6
	C. Características de un buen expediente clínico.....	8
	D. División del expediente clínico	10
	E. Estudios previos.....	27
IV.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
	A. Tipo de estudio.....	29
	B. Área de estudio	29
	C. Población de estudio	29
	D. Criterio de inclusión/ exclusión.....	29
	E. Unidad de análisis.....	30
	F. Fuente de obtención de la información	30
	G. Instrumento de recolección de datos.....	30
	H. Prueba piloto	30
	I. Método para la recolección de la información	30
	J. Aspectos éticos	31
	K. Procesamiento de datos.....	31
V.	RESULTADOS	32
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	37
VII.	CONCLUSIONES.....	40
VIII.	RECOMENDACIONES	41
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
X.	ANEXOS.....	47
	Operacionalización de las variables.....	48
	Carta solicitud de permiso	51
	Ficha de registro de expedientes clínicos.....	52
	Gráficos	53

Fotografías..... 57



I. INTRODUCCIÓN

El expediente clínico es un conjunto de documentos obtenidos de la relación médico-paciente, el cual contiene datos clínicos ordenados relacionados con el proceso de evolución, tratamiento y recuperación de cada paciente que llega al consultorio. En este expediente se guardan procedimientos, informaciones, consentimiento de la persona enferma, y las opiniones diagnósticas de quienes intervienen en el proceso de elaboración (Arellano & Sánchez, 2017).

Según Moya Pueyo & Col. (1994) lo define como “un documento fundamental en que se recoge la descripción ordenada, completa y precisa de la experiencia que el odontólogo obtiene en su relación directa y técnica con los pacientes.” (Monzón Wyngaard, et al.2003, p.1)

Los trabajadores de la salud utilizan este documento para saber información valiosa sobre el estado de salud en general del paciente. También es una gran herramienta por la que se mide la calidad del trabajo del médico y demás personal del hospital, por lo que es muy valorado y si el expediente, ha sido convenientemente preservado, subsistirá para nuevas generaciones, para esto el expediente debe estar completo, contener suficientes datos escritos en una determinada secuencia de hechos que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento, así como los resultados finales (Carreño De Esparza, 2014).

Según Jean Penneau, es un conjunto de información en los cuales el médico documenta y conserva las informaciones que asegurarán a su paciente la continuidad de los cuidados que su estado requiere. También le llama “expediente médico” por ser un documento de tipo universal, donde debe quedar perfectamente registrada toda la actuación profesional que se le brindó a ese paciente, y por ello es que se transforma en un verdadero expediente (Monzón Wyngaard, et al. ,2003).



Al realizar el llenado del expediente clínico se permite que se desarrolle una buena comunicación entre odontólogo-paciente haciendo que este entre en confianza brindando buena información. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico (Guzmán & Arias, 2012).

Una investigación realizada en las especialidades de Ortodoncia y Endodoncia de la facultad de Odontología por Roiz, Sandino & Sánchez en 2011, mostró que más del 70% de las historias clínicas en ambas especialidades, presentaron datos incompletos. Así mismo Aguilar, Calderón & Delgadillo en 2009, evaluaron el llenado del expediente clínico y concluyeron que al revisar 80 historias clínicas de Prótesis Parcial Fija la anamnesis en la mayoría de los casos presentaba un buen llenado de sus ítems con 86%; en cuanto al examen clínico solo el 56% de las historias presentaban un buen llenado contra un 44% que no lo presentó. La mayoría del porcentaje de las historias clínicas revisadas presentaban un mal llenado en lo acápites del cariograma con 65%, control de placa y periodontograma un 92%; y en cuanto al examen radiográfico un 100%.

En las clínicas de “Niños Mártires de Ayapal”, UNAN-León se han hechos estudios referentes al mal llenado del expediente clínico, evidenciando algunas secciones de este incompletas y con ausencia de radiografías diagnósticas. Lo anteriormente señalado nos muestra que los estudiantes al realizar la historia clínica no la completan totalmente, debido a esto se planteo la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las secciones que presentan un llenado completo e incompleto del expediente clínico de pacientes atendidos en Prótesis Parciales por los estudiantes del IV curso de Odontología, en el primer semestre del año 2017?

Debido a que, en las clínicas multidisciplinarias de la facultad de Odontología, al momento de brindarle atención a un paciente, se le abre un expediente clínico que sirve como respaldo de los tratamientos a realizar; el cual consta de diferentes secciones para considerarlo completo. Y por ello que el estudio tiene como propósito



conocer la frecuencia de llenado de los expedientes clínicos, las secciones con mayor y menor porcentaje, para así evaluar si los estudiantes están cumpliendo con lo establecido, y que el llenado de este no sea visto solo como obligación administrativa sino como índole profesional debiendo realizarse de manera adecuada, detallada y cuidadosa puesto que es un documento legal.

Se decidió realizar la investigación en la clínica de Prótesis Parciales porque es una en las principales donde se debe aplicar todos los conocimientos estudiados en los años anteriores de las distintas áreas, y debido a la naturaleza de estos tratamientos el paciente se debe atender durante mucho tiempo por lo que es indispensable realizar un llenado completo de los expedientes clínicos para así realizar una observación, recopilación, y análisis de información del paciente garantizando éxito en los tratamientos a realizar.



II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el registro del llenado de expedientes clínicos de los pacientes atendidos en clínica de Prótesis Parciales realizados por los estudiantes de IV curso de la carrera de Odontología, de la UNAN-León, en el primer semestre del año 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las secciones completas e incompletas de los expedientes de Prótesis Parciales.
- Indicar el porcentaje de expedientes clínicos que tienen anexas las radiografías diagnósticas.
- Revisar el porcentaje de expedientes clínicos que presentan la firma de autorización de cada tutor.



III. MARCO TEÓRICO

El expediente clínico 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 (Velito & Tejada, 2010).

A. Importancia y repercusiones del expediente clínico

- 1. Constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano:** 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 (Guzmán & Arias, 2012).
- 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 (Guzmán & Arias, 2012).



3. **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 (Guzmán & Arias, 2012).
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 (Guzmán & Arias, 2012).
5. **Tiene implicaciones médico-legales:** 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 (Guzmán & Arias, 2012).

B. Aspectos del expediente clínico

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 (Guzmán & Arias, 2012).

2. Es irremplazable: la escritura de la historia clínica 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 (Guzmán & Arias, 2012).

3. Es privado y pertenece al paciente: aquí se involucran los conceptos de confidencialidad, secreto profesional e información.

- **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 (Guzmán & Arias, 2012).

- **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 (Guzmán & Arias, 2012).

- **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 (Guzmán & Arias, 2012).

- 4. Es objetivo 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 (Guzmán & Arias, 2012).

C. Características de un buen expediente clínico

El expediente clínico debe cumplir con ciertos requisitos para poder llevar a cabo su objetivo, este debe ser:

- 1. Completo:** 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 (Brigard, 2010).
- 2. Sustentado:** soportada en estudios científicos (Brigard, 2010).



3. **No tener espacios en blanco sin llenar:** vale aquí la pena hacer el símil de las historias clínicas con los títulos valores. Una y otro son documentos privados y a nadie se le ocurre firmar cheques o pagarés con espacios en blanco (Brigard, 2010).
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 (Brigard, 2010).
5. **Fechado y firmado:** estos datos formales dan al expediente clínico 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 (Brigard, 2010).
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 clínica (Brigard, 2010).

D. División del expediente clínico

- 1. Carpeta:** se refiere a la portada del expediente clínico la cual presenta número de expediente y nombre de la institución, esto ayuda a tener un orden de todos los expedientes clínicos (Aguilar, Calderón & Delgadillo, 2009).
- 2. Firma de aceptación del paciente:** el Consentimiento informado (CI) es el procedimiento médico formal, una exigencia ética, y un derecho reconocido por las legislaciones de todos los países, cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir, la obligación de respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos. En palabras más simples, es un proceso mediante el cual se respeta el principio de autonomía del paciente. Es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que las o los profesionales de la salud puedan realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico luego de haber comprendido la información proporcionada sobre los mismos (Vera, 2016).



La información contenida en la historia clínica puede obtenerse por diferentes vías que son: anamnesis, exploración física y exámenes complementarios (Vera, 2016).

3. Datos generales: comprende la serie de datos personales que rodean al enfermo y que a su vez lo caracterizan. Se averiguan estos datos:

- El nombre del paciente: 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 (Aguilar, et al., 2009).
- Edad: 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 (Aguilar, et al., 2009).
- Sexo: existen determinadas enfermedades que predominan en determinado sexo y el conocer el sexo del paciente nos ayuda para identificarlas y explorarlas (Aguilar, et al., 2009).
- Estado civil: orienta para determinar procesos patológicos y psicológicos con ciertas repercusiones (Aguilar, et al., 2009).
- Lugar de origen y lugar de residencia: habla de la nacionalidad del paciente y pone en alerta de los posibles padecimientos endémicos frecuentes en determinadas zonas (Aguilar, et al., 2009).
- 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 conducen a verdaderas psicosis o neurosis en ocasiones colectivas (Aguilar, et al., 2009).



4. **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 (Aguilar, et al., 2009).
5. **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 (Aguilar, et al., 2009).
6. **Historia bucodental:** 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 (Aguilar; et al., 2009).
7. **Historia médica anterior:** se interroga sobre enfermedades sistémicas que haya padecido o 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 o lactancia. En pacientes pediátricos interrogar acerca del embarazo, parto, lactancia y vacunas. (Aguilar; et al., 2009).
8. **Historia familiar:** 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) (Aguilar; et al., 2009).

- 9. Historia Personal:** son los antecedentes que no están directamente relacionados con la salud del paciente; servicios domiciliarios, alimentación, hábitos higiénicos, grupo sanguíneo, inmunizaciones y adicciones. Son útiles para conocer los factores de riesgo e identificar el tipo de paciente, y de esta forma determinar la conducta que haya que tomar en cada caso (Ibáñez, 2015).
- 10. Interrogatorio por aparatos y sistemas:** su finalidad es confirmar los padecimientos que el paciente refiere y si éstos están o no controlados, así como identificar cuadros clínicos que no han sido diagnosticados. Este apartado se debe realizar de forma completa y ordenada. Es necesario preguntar por los síntomas y signos de enfermedades no diagnosticadas, lo que permitirá al clínico establecer un diagnóstico presuntivo y remitirlo al profesional indicado (Ibáñez, 2015).
- 11. Signos vitales:** son medidas de varias características fisiológicas humanas, generalmente tomadas por profesionales de la salud, para valorar las funciones corporales más básicas. Los signos vitales son una parte esencial de la presentación del caso (Rodríguez, 2011).

Son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos fundamentales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados. También son conocidos como las mediciones funcionales más básicas del cuerpo. Orientan sobre alteraciones de salud (Aguayo & Lagos, 2012).



Hay cuatro signos vitales principales que los médicos y otros profesionales de salud examinan de forma sistemáticamente:

- **Temperatura corporal:** es la medida relativa de calor o frío asociado al metabolismo del cuerpo humano y su función es mantener activos los procesos biológicos, esta temperatura varía según la persona, la edad, la actividad y el momento del día y normalmente cambia a lo largo de la vida. Puede oscilar entre 36,5 y 37,2 °C (grados Celsius), o se pueden describir en grados Fahrenheit, siendo de 97,8 a 99°F. La media normal de la temperatura es de 36,5 °C; cuando un individuo presenta un valor menor o igual a 35°C, está cursando con hipotermia; si su temperatura se encuentra entre 37 y 38°C, presenta febrícula, y si es mayor o igual a 38°C, tiene fiebre (Ibáñez, 2015).
- **Pulso:** es la medida de la frecuencia cardíaca, es decir, del número de veces que el corazón late por minuto. El pulso normal de los adultos sanos oscila entre 60 y 100 latidos por minuto (lat./min). Los factores que modifican el pulso son el sexo del paciente, el ejercicio, la alimentación, la postura, algunos aspectos emocionales, la tensión arterial y ciertas enfermedades (Ibáñez, 2015).
- **Tensión arterial:** es la presión que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos en los que está contenida; depende de la actividad cardíaca, la elasticidad de las paredes arteriales, la resistencia capilar, el volumen y la viscosidad sanguínea. Al medir la tensión arterial se deben registrar dos cifras: la cifra más alta, o presión sistólica, se refiere a la presión en el interior de la arteria cuando el corazón se contrae y bombea la sangre al cuerpo; la cifra más baja, o presión diastólica, se refiere a la presión en el interior de la arteria cuando el corazón está en reposo y se está llenando de sangre. Tanto la presión sistólica como la diastólica se miden en milímetros de mercurio (mmHg), con un esfigmomanómetro y un estetoscopio (Ibáñez, 2015).



• Frecuencia respiratoria: es el número de veces que una persona respira por minuto. Se suele medir cuando la persona está en reposo, y consiste simplemente en contar el número de respiraciones durante 1 minuto contando las veces que se eleva su pecho. Cuando se miden las respiraciones también es importante tener en cuenta si la persona tiene dificultad para respirar. La frecuencia respiratoria normal de un adulto que esté en reposo oscila entre 15 y 20 respiraciones por minuto (resp. /min). Cuando la frecuencia es mayor de 25 respiraciones /minuto o menor de 12 (en reposo), se podría considerar anormal. El movimiento rítmico entre inspiración y espiración, está regulado por el sistema nervioso (Ibáñez, 2015).

12. Exámenes de laboratorio: o pruebas de laboratorio son estudios complementarios que guían y, en ocasiones, definen el diagnóstico de enfermedades y el estado de salud de los pacientes. Es importante recurrir a dichos exámenes cuando se sospeche, por los signos y síntomas que el paciente refiere, de enfermedades no diagnosticadas; para el control y monitoreo del tratamiento y evolución de enfermedades previamente diagnosticadas; como medida preventiva en determinados grupos de personas que por sus características de edad, estado socioeconómico, sexo, raza o antecedentes heredo-familiares tengan predisposición a padecer ciertas patologías; y para determinar el estado de salud o enfermedad de los pacientes (Montiel, 2014).

Dentro de los principales estudios de laboratorio, se encuentran: Biometría hemática, química sanguínea, pruebas de hemostasia (tiempo de sangrado, tiempo de trombina, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial activada), exámenes de orina (EGO, urocultivo, embarazo), pruebas serológicas (proteína C reactiva, factor reumatoide, etc.), pruebas funcionales hepáticas, identificación de glucosa (en sangre o en orina), pruebas de sensibilidad a los antibióticos y exámenes histopatológicos (Montiel, 2014).

13. Revisión médica: es el acto de remitir a un paciente, mediante una interconsulta, a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención



complementaria tanto para su diagnóstico, tratamiento como su rehabilitación. La solicitud tiene que ser elaborada por el médico solicitante cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico con fecha y hora. El médico consultado tendrá que responder por escrito anotando fecha y hora de interconsulta, motivo de la misma, signos vitales, resumen de caso y de los estudios, problemas por resolver; plan de estudio, sugerencias diagnósticas y tratamiento establecido, pronósticos, nombre y firma del médico consultante (Bañuelos, 1999).

14. Actitud emocional: es el comportamiento que presenta el paciente a la hora de la consulta desde que entra, el clínico observa al paciente y diagnostica que tipo de paciente tendrá en el consultorio (Aguilar; et al., 2009).

15. Examen físico: es el conjunto de procedimientos que el clínico aplica al paciente una vez interrogado, a fin de reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por una enfermedad, valiéndose sólo de sus propios sentidos y de pequeños aparatos que tiene a su disposición, como el termómetro clínico, el estetoscopio, el esfigmomanómetro, entre otros. La exploración se realiza siguiendo una metodología que emplea las siguientes técnicas: inspección, palpación, percusión y auscultación (Ibáñez, 2015).

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 (Aguilar; et al., 2009).

- **Constitución:** es el conjunto de características morfológicas, fisiológicas y psíquicas, heredadas o adquiridas, que establecen la personalidad de cada individuo y lo distinguen de los demás. Existen 3 grandes grupos: normolíneo, normospláncnicos o esténicos; longilíneo, microspláncnicos o asténicos y brevilíneo o megalospláncnicos (Ferrer & Maurenza, 2011).



- 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 (Llanio & Perdomo, 2003).

El examen de piel y mucosa debe efectuarse con buena iluminación, de preferencia la luz natural (Llanio & Perdomo, 2003).

- Facies: se denomina el aspecto y la configuración de la cara, la expresión facial o fisionómica de la persona. La expresión facial que recogemos en el registro escrito de facies puede ser entre otras: tensa o ansiosa, interrogadora, colérica, alegre, triste, adolorida, inexpresiva, etc., aunque es preferible su descripción objetiva, seguido del significado que a nuestro juicio denota (Llanio & Perdomo, 2003).

- Exploración de ganglios linfáticos: se debe evaluar localización, tamaño, consistencia, movilidad, adherencia a planos profundos, unilateralidad o bilateralidad, número y compromiso del grupo ganglionar. Un orden de examen recomendado incluye las regiones preauricular, submandibular, cervical anterior, auricular posterior y cervical posterior (Arias, 2017).

16. 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:

- **Región vestibular:** 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 está utilizando una gasa para evaluar la secreción de las glándulas salivales accesorias (Aguilar; et al., 2009).

- **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 (Moradas & Álvarez, 2017).

 - **Paladar blando:** mucosa delgada y lisa, de color rosado, no queratinizado. Para su inspección se pide al paciente que pronuncie “ahhh” o se induce al reflejo nauseoso (Moradas & Álvarez, 2017).

- **Istmo 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 (Moradas & Álvarez, 2017).

- 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 (Moradas & Álvarez, 2017).

- 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 (Moradas & Álvarez, 2017).

- Encía: 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 (Moradas & Álvarez, 2017).



• 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 (Moradas & Álvarez, 2017).

17. Reconocimiento de la cavidad oral: sección en donde el estudiante valora la presencia de cálculo y la salivación del paciente (Aguilar; et al., 2009).

18. 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:

- Eliminación de factores etiológicos.
- Corrección de defectos creados por la enfermedad.
- Establecimiento de medidas preventivas para evitar que la enfermedad recidive (Aguilar; et al., 2009).

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) (Aguilar; et al., 2009).

Todo plan de tratamiento incluye cinco fases o etapas:

- Fase de emergencia: en esta fase se incluyen todas las medidas terapéuticas que van en función de aliviar el dolor provocado por una urgencia (Aguilar; et al., 2009).



- 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 (Aguilar; et al., 2009).
- 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 (Aguilar; et al., 2009).
- 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 (Aguilar; et al., 2009).
- Fase de mantenimiento: el objetivo de esta fase es la prevención de la repetición de la enfermedad (Aguilar; et al., 2009).

19. Diagnóstico y pronóstico: la palabra diagnóstico deriva de dos voces griegas: día que quiere decir a través y grocein, conocer. Se requiere de conocimiento, interés, intuición, curiosidad, paciencia y sentido común. Universidad Univalle (2001).

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. Universidad Univalle (2001).



- Tipos de diagnósticos

- Diagnóstico presuntivo: es aquel que el profesional considera posible basándose en los datos obtenidos en la anamnesis y el examen físico (Arias, 2017).
- Diagnóstico de certeza: es el diagnóstico confirmado a través de la interpretación y análisis de métodos complementarios (Arias, 2017).
- 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 (Arias, 2017).

La palabra pronóstico, se deriva del griego pro antes; gnocein 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 (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).
- Respuesta del huésped: la edad, el vigor, salud, constitución, resistencia inmunitaria del paciente, influyen directamente en el pronóstico Pontificia Universidad Javeriana, 2007).
- Cooperación del paciente: es decisiva para el pronóstico ya que la evolución de muchas enfermedades depende directamente de este factor (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).



- Medio: existen enfermedades que son influidas por el medio en que el paciente se desenvuelve (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).
 - 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 (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).
- Tipos de pronósticos
- Pronóstico favorable: cuando es posible eliminar totalmente la enfermedad y su causa, devolviendo su salud y función del órgano afectado (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).
 - 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 (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).
 - Pronóstico desfavorable: cuando no es posible eliminar la enfermedad, ni restablecer la función.

El pronóstico se redacta de forma breve especificando el tipo de pronóstico y justificándolo (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).

20. Presupuesto: en esta sección el estudiante hace un total de los materiales que se utilizó. Para cancelar el expediente este deberá contar con la supervisión y la firma del tutor (Aguilar; et al., 2009).

21. Ficha de la placa bacteriana: se incluye 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. 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 (Aguilar; et al., 2009).

22. 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 transiluminación, 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 (Aguilar; et al., 2009).

En la 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; Composite (Aguilar; et al., 2009).

23. Periodontograma: 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) estas medidas se van colocando y coloreando en el periodontograma para cada uno de los dientes. (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).

- 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. (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).

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. (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).



- 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. (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).

- 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. (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).

- Nomenclatura del periodontograma: los colores a utilizar son: rojo, negro, azul, naranja y verde.
 - Rojo: dibujar el margen gingival, remarcar áreas de inflamación gingival, marcar los puntos sangrantes, borde defectuoso de las restauraciones, dibujar círculo que indican fístulas, endodoncia (se pinta de acuerdo al estado radiográfico), furcas (se dibuja un círculo de la furca afectada), lesión periapical, caries. (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).

 - 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. (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).

 - 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. (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).



- 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. (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).
- Verde: dibujar línea mucogingival, prótesis total se escribirá en las casillas de menciones. (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).

24. Récord de tratamientos: en el expediente clínico existe una hoja en la cual el alumno escribirá al finalizar el turno todo lo que ha realizado en él, este tendrá la fecha, la clínica en la cual está trabajando y los tratamientos que se realizó detalladamente, esto será supervisado y firmado por su tutor. (Aguilar; et al., 2009).

25. Examen radiográfico: el principal objetivo es identificar la presencia o ausencia de enfermedad. 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. (Pontificia Universidad Javeriana, 2007).

E. Estudios previos

En la Facultad de Odontología UNAN-León las historias clínicas, en todas las áreas están compuestas por los mismos acápites, presentándose una correlación de los datos incluidos en estas, al indagar en los estudios previos encontramos información de cómo se han estado llenando las historias a través de los años.

Los trabajos monográficos consultados están basados en el llenado de historias clínicas los cuales fueron realizados en diferentes áreas, entre ellas: las clínicas



multidisciplinarias, clínica de Ayapal y las especialidades de Endodoncia y Ortodoncia.

En un estudio realizado en las clínicas multidisciplinarias durante el año 2007, los resultados mostraron que los acápites de la historia clínica: anamnesis y examen clínico se encontraron llenos adecuadamente junto con el cariograma, pero esta sección solamente se encontró llena en los expedientes de Operatoria. La ficha de control de placa no estaba completamente llena en la clínica de Prótesis Parcial Fija (PPF) y Operatoria Dental (OP) pues en algunos expedientes no se realizó el llenado y en otros solo se realizó una sola vez. Se concluyó que hay deficiencias en el llenado de historias clínicas de Endodoncia, Operatoria y Prótesis Parcial Fija (Aguilar, et al., 2009).

El segundo estudio monográfico se realizó en las clínicas de Ayapal, en el año 2009. En este de 150 expedientes clínicos evaluados, 97 de ellos se encontraron incompletos pues faltaba uno o más de los elementos que lo integran y solamente 53 expedientes se encontraron completos. Como conclusión se llegó que los estudiantes no realizan un completo llenado de los expedientes clínicos, debido que por falta de tiempo se interesan más en cumplir sus requisitos que en realizar un buen llenado de las historias clínicas (Amaya & Gómez, 2009).

El tercer trabajo monográfico consultado realizado en las especialidades de Endodoncia y Ortodoncia entre los años 2009-2011. Reveló que solamente el 1.3% correspondiente a la especialidad de Endodoncia y el 21.2% correspondiente a la especialidad de Ortodoncia presentaron información completa de las historias clínicas evaluadas. Se concluyó según Roiz et al. (2009) que: la especialidad de Ortodoncia presentó más historias clínicas completas que la especialidad de Endodoncia, más del 70% de las historias clínicas en ambas especialidades, presentaron datos incompletos (Roiz, Sandino, Sánchez, 2009).



IV. DISEÑO METODOLÓGICO

- A. Tipo de estudio:** descriptivo de corte transversal.
- B. Área de estudio:** oficina de archivo en clínicas multidisciplinarias de la facultad de Odontología, ubicada en el campus médico de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-León.
- C. Población de estudio:** 147 expedientes clínicos de los pacientes atendidos en la clínica de Prótesis Parciales por los estudiantes del IV curso de la carrera de Odontología en el primer semestre del año 2017, que cumplieron los criterios estipulados.
- D. Criterio de inclusión/ exclusión**

Criterio de inclusión:

Expedientes de pacientes a los que se le realizaron tratamientos en Prótesis Parciales por los estudiantes del IV curso de la carrera de Odontología del año 2017.

Criterios de exclusión:

- Expedientes de pacientes que fueron atendidos en Prótesis Parciales por docentes en el año 2017.
- Expedientes de pacientes dados de baja o que no recibieron tratamientos en Prótesis Parciales.
- Expedientes de pacientes atendidos en Prótesis Parciales que no se encontraron en archivo al momento de la recolección de datos.

De 147 expedientes filtrados, 91 de estos no cumplieron con los criterios, obteniendo un total de **56**. Se tomaron en consideración todos los expedientes por lo cual no se realizó muestra ni muestreo.



- E. Unidad de análisis:** cada uno de los expedientes de pacientes atendidos en Prótesis Parciales que cumplieron con los criterios estipulados.
- F. Fuente de obtención de la información:** secundaria, ya que la información fue recolectada de expedientes clínicos.
- G. Instrumento de recolección de datos:** se diseñó una ficha recolectora de datos, la cual consistió en una lista de cotejo de 3 columnas donde se plasmaron todas las secciones presentes en el expediente clínico de Prótesis Parciales del año 2017, si presentaba la información completa o incompleta. Y si presentaba la firma de autorización del tutor en las secciones requeridas. Y verificación de la presencia de radiografías como parte de las secciones del expediente.
- H. Prueba piloto:** se tomaron 10 expedientes de Prótesis Parciales que cumplieron con los criterios establecidos y se procedió a llenar la ficha recolectora de datos, basándose en si las secciones de dichos expedientes se encontraban sin espacios en blanco, o si existían espacios vacíos. Una vez llenadas las fichas recolectoras se realizó el conteo de los datos recopilados y se obtuvo un porcentaje elevado de secciones incompletas, motivando a continuar con la realización del estudio. Estos 10 expedientes clínicos fueron incluidos en el estudio debido a que la población estudiada fue bastante reducida.
- I. Método para la recolección de la información:** se solicitó una autorización a la directora de las clínicas multidisciplinarias y a la secretaria de archivo, a ella además se solicitó el listado de expedientes de Prótesis Parciales y en secretaría académica el listado de estudiantes inscritos en dicho componente, excluyendo aquellos que no fueron llenados por estudiantes del IV curso. Previamente habíamos realizado una ficha estilo check list (o lista de cotejo) en donde se especificó el número de expediente y las secciones que lo conforman, si existían radiografías anexas y firmas de autorización del tutor, marcando con un check



(✓) la casilla correspondiente a la información recolectada. Se procedió a revisar los expedientes de 10 en 10 hasta finalizar la recolección de datos.

J. Aspectos éticos:

- Se evitó anotar del expediente el nombre del estudiante, paciente y del tutor encargado, para mantener el anonimato y no identificar a ningún sujeto.
- Las personas que accedieron a dichos expedientes clínicos únicamente fueron las autoras del estudio, con autorización previa de las autoridades competentes.
- La recolección de datos se realizó basándose en el número de expediente para llevar un mayor control, de los ya registrados y los que no,

K. Procesamiento de datos: recolectados los datos se dispuso a ingresarlos en programa de excel, para realizar distribuciones de frecuencias, para ser presentadas en porcentajes, mediante tablas de frecuencias.



V. RESULTADOS

Tabla n°1 Distribución porcentual de expedientes clínicos completos de la clínica de Prótesis Parciales atendidos por alumnos del IV curso de Odontología, de la UNAN-León, en el primer semestre del año 2017.

Expediente clínico	N°	Porcentaje
Completo	0	0%
Incompleto	56	100%
Total	56	100%

Fuente: Secundaria. (Registro de los expedientes clínicos de clínica de Prótesis Parciales, del primer semestre del 2017).

De 56 expedientes de Prótesis Parciales que fueron evaluados el 100% de estos presentaban la información incompleta.



Tabla n°2 Distribución porcentual de secciones completas e incompletas de los expedientes de Prótesis Parciales de los pacientes atendidos por alumnos del IV curso de Odontología, UNAN-León, 2017.

Secciones	Información Completa		Información Incompleta		Total	
	N	%	N	%	N	%
Carpeta	56	100%	0	0%	56	100%
Firma de aceptación del paciente al tratamiento	50	89.3%	6	10.7%	56	100%
Datos generales	51	91.1%	5	8.9%	56	100%
Motivo de consulta	51	91.1%	5	8.9%	56	100%
Historia de la enfermedad actual	48	85.7%	8	14.3%	56	100%
Historia bucodental	50	89.3%	6	10.7%	56	100%
Historia médica anterior	48	85.7%	8	14.3%	56	100%
Historia familiar	44	78.6%	12	21.4%	56	100%
Historia personal y social	44	78.6%	12	21.4%	56	100%
Revisión de órganos y sistemas	45	80.4%	11	19.6%	56	100%
Signos vitales	32	57.1%	24	42.9%	56	100%
Exámenes de laboratorio	43	76.8%	13	23.2%	56	100%
Revisión médica	40	71.4%	16	28.6%	56	100%
Actitud emocional	45	80.4%	11	19.6%	56	100%
Examen físico de cara y cuello	42	75%	14	25%	56	100%
Examen clínico-bucal	42	75%	14	25%	56	100%
Reconocimiento general de la cavidad bucal	45	80.4%	11	19.6%	56	100%
Plan de tratamiento	33	58.9%	23	41.1%	56	100%
Diagnóstico y pronóstico	29	51.8%	27	48.2%	56	100%
Presupuesto	22	39.3%	34	60.7%	56	100%
Ficha de control de placa	24	42.9%	32	57.1%	56	100%
Odontograma	34	60.7%	22	39.3%	56	100%
Periodontograma	27	48.2%	29	51.8%	56	100%
Récord de tratamientos realizados	27	48.2%	29	51.8%	56	100%

Fuente: Secundaria. (Registro de los expedientes clínicos de clínica de Prótesis Parciales, del primer semestre del 2017).



La información completa equivalente a un 100% de los expedientes en la sección de carpeta, las secciones que presentaron mayor porcentaje de información completa fueron datos generales y motivo de consulta con un 91.1%, firma de aceptación del paciente e historia bucodental con 89.3%, historia de la enfermedad actual e historia médica anterior con un 85.7%, revisión de órganos y sistemas, actitud emocional y reconocimiento general de la cavidad bucal con un 80.4%, historia familiar e historia personal y social con 78.6% decreciendo hasta llegar a 39.3%.

Entre las secciones que se encontraron más incompletas son presupuesto con el 60.7%, ficha de control de placa, periodontograma y récord de tratamiento con 57.1% y 51.8% diagnóstico y pronóstico con 48.2%.



Tabla n°3 Distribución porcentual de la presencia de radiografías diagnósticas anexas a expedientes de Prótesis Parciales de los pacientes atendidos por alumnos del IV curso de Odontología, UNAN-León, 2017.

Presencia de radiografías	N	%
Si	6	10.7%
No	50	89.3%
Total	56	100%

Fuente: Secundaria. (Registro de los expedientes clínicos de clínica de Prótesis Parciales, del primer semestre del 2017).

De los 56 expedientes estudiados, solamente 6 si presentaron radiografías adjuntas, los 50 restantes no las presentaron.



Tabla nº4 Distribución porcentual de presencia de firmas de autorización del tutor en los expedientes de Prótesis Parciales de los pacientes atendidos por estudiantes del IV curso de Odontología, 2017.

Firma de autorización del tutor	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Reconocimiento general de la cavidad bucal	13	23.2%	43	76.8%	56	100%
Plan de tratamiento	16	28.6%	40	71.4%	56	100%
Diagnóstico y pronóstico	13	23.2%	43	76.8%	56	100%
Presupuesto	15	26.8%	41	73.2%	56	100%
Récord de tratamientos realizados	18	32.1%	38	67.9%	56	100%

Fuente: Secundaria. (Registro de los expedientes clínicos de clínica de Prótesis Parciales, del primer semestre del 2017).

Solamente se encontraron las firmas de autorización del tutor en el récord de tratamientos realizados con un porcentaje bajo de 32.1%, el resto de firmas en la cual incluye el diagnóstico y pronóstico presentaban un 23.2% es decir solo 13 de los 56 expedientes revisados la presentaban, restando importancia a una sección clave para un buen tratamiento y el resto oscilaban entre un 23.2% a un 28.6%.



VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De un total de 56 expedientes de Prótesis Parciales del primer semestre del año 2017 que se evaluaron, se encontró que un 100% de estos presentan la información incompleta ya que faltaba por llenar una o más secciones. Esto refleja que los estudiantes no cumplieron con el protocolo de llenado completo de los expedientes clínicos siendo esto de suma importancia para reconocer la salud oral de cada paciente y el estado general. Asimismo, al realizar el examen oral se obtienen las bases para realizar el diagnóstico y pronóstico que determinan los requerimientos de urgencia o de largo plazo, siendo un documento fundamental para motivos legales.

Comparando con un estudio realizado en la clínica de Odontopediatría en el 2009 (Altamirano & Alvarado) se observó que un 65% de expediente clínicos presentaban información incompleta, mostrando una variación en los resultados de ambas clínicas. Dicha diferencia puede deberse a que en la clínica de Odontopediatría hay una revisión exhaustiva del expediente clínico antes, durante y después de la defensa de casos clínicos donde la firma del tutor debe estar presente dando el visto bueno al finalizar la exposición del caso constando que la historia se encuentra completa y adecuada con todos los datos necesarios.

De los expedientes revisados las secciones que presentaron mayor porcentaje de información completa fueron datos generales y motivo de consulta con un 91.1%, firma de aceptación del paciente e historia bucodental con 89.3%, historia de la enfermedad actual e historia médica anterior con un 85.7%, revisión de órganos y sistemas, actitud emocional y reconocimiento general de la cavidad bucal con un 80.4%, historia familiar e historia personal y social con 78.6% decreciendo hasta llegar a 39.3% correspondiente al presupuesto. En estas secciones existe una minoría de información incompleta siendo un buen indicio para lograr un registro adecuado de los tratamientos a realizar.



Sin embargo, se encontraron secciones importantes las cuales presentaban una cantidad elevada de información incompleta, entre estas: presupuesto con el 60.7%, ficha de control de placa con 57.1%, periodontograma y récord de tratamiento 51.8%, diagnóstico y pronóstico 48.2%. En la investigación realizada en las especialidades de Endodoncia y Ortodoncia en 2011 (Roiz, Sandino & Sánchez) se encontró una similitud puesto que las secciones con mayor llenado fue el motivo de consulta con un 100%, siguiendo datos generales con un 91.7% finalizando con actitud emocional y diagnóstico con un 83.3%; lo que nos refleja que los estudiantes no dan el interés debido a estas secciones lo que conduce al desconocimiento por parte del paciente sobre los pagos de los tratamientos a realizar e indicando que se debe realizar una revisión más exhaustiva de los expedientes por el colectivo docente antes que se lleve a cabo el diagnóstico y plan de tratamiento del paciente. La similitud de ambos estudios puede deberse a que durante el llenado del expediente clínico estas secciones son las más rápidas, sencillas y fáciles de llenar ya que no se requiere tanta redacción en comparación con las demás secciones y es lo primero que se pide llenar en el expediente.

Se observó que de los 56 expedientes estudiados solamente el 10.7% si presentaban radiografías adjuntas y el 89.3% no las presentaban, esto probablemente a que no existe una revisión de la adjunción de dichas radiografías al expediente, cabe señalar que en la clínica de Prótesis Parciales se requiere tomar un set de radiografías para examinar el estado de los dientes y piezas pilares para realizar un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento adecuado, y tener un respaldo para cualquier inconveniente futuro. Así mismo hubo ausencia de radiografías en un estudio realizado en la facultad de Odontología en la UNAN-León (Aguilar, Calderón & Delgadillo), donde el expediente clínico que presentaba las radiografías fue el de Endodoncia con un 65% en comparación a las clínicas de Operatoria y Prótesis Parcial Fija que tenían un bajo porcentaje. Puede que se deba a que en esta clínica (endodoncia) es fundamental el uso de radiografías para diagnosticar y realizar un tratamiento de calidad.



Las secciones establecidas para las firmas de autorización del tutor de cada uno de los expedientes estudiados solamente se encontraron en el récord de tratamientos realizados con un porcentaje bajo del 32.1%, el resto de firmas oscilaban entre un 23.2% a un 28.6%. Esta ausencia puede darse por la falta del llenado de las secciones por los estudiantes, falta de tiempo y no prestar la debida importancia.

Los resultados de esta investigación pueden servir de base para la dirección de clínicas de la facultad de Odontología y, el departamento de Odontología restaurativa realice una normativa de llenado de expedientes clínicos por las implicaciones legales que tiene este documento y mejora en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Sería conveniente realizar nuevamente estudios similares para observar si ha habido algún cambio satisfactorio o no en el llenado del expediente clínico por parte del alumno y una adecuada revisión de este de parte del tutor. Y buscar los factores influyentes en el problema para poder afrontarlos y lograr realizar un llenado completo de los expedientes clínicos en las siguientes generaciones.

Las limitantes que se presentaron en la recolección de datos fue que no se encontró todos los expedientes clínicos, algunos se encontraban prestados al alumnado provocando que la población disminuyera. Además, que no se pudo recolectar toda la información rápidamente pues para mantener la confidencialidad, no se realizó la recolección de datos durante turnos.



VII. CONCLUSIONES

- Ninguno de los expedientes clínicos presentó la información completa.

- Las secciones con mayor frecuencia de información completa son carpeta, datos generales y motivo de la consulta.

- Las secciones con mayor frecuencia de información incompleta son presupuesto y ficha de control de placa.

- En la mayoría de los expedientes clínicos revisados no se presentan radiografías anexas.

- En las dos terceras partes de los expedientes revisados no se encontraron firmas de autorización del tutor en las secciones correspondientes a ello.



VIII. RECOMENDACIONES

➤ A los docentes:

- Concientizar a los estudiantes de la importancia de realizar el llenado completo de los expedientes clínicos.
- Efectuar una mejor verificación y firma de los expedientes clínicos al inicio y final del tratamiento.
- Anexar al expediente clínico una sección destinada al examen radiográfico y establecer como norma adjuntar el set de radiografías tomadas a los pacientes.
- Destinar una sección para fotografías clínicas las cuales servirán de respaldo para mostrar los cambios de la cavidad bucodental antes y después de los trabajos realizados.

➤ A los estudiantes:

- Cumplir y prestar mayor interés en el llenado completo del expediente clínico evitando la omisión de información y haciendo conciencia que es un documento clave para el éxito y respaldo del tratamiento.
- Notificar en los expedientes a los pacientes dados de baja.



➤ **A la Facultad:**

- Publicar los resultados del estudio para que los estudiantes se enteren y den el interés debido al momento de llenar el expediente clínico y así todos los tratamientos realizados queden debidamente documentados.
- Darle seguimiento y realizar nuevos estudios en relación a este tema para mejorar la calidad del llenado de las historias clínicas, que es importante en el proceso de enseñanza aprendizaje en la facultad.



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguayo, A., Lagos, A. (2012). Guía clínica de control de signos vitales. Recuperado de: <http://academico.upv.cl/doctos/KINE-4068/%7B328B1B37-2C2A-4747-8B38-169806A27753%7D/2012/S1/GUIA%20TECNICA%20DE%20CONTROL%20DE%20SIGNOS%20VITALES%20KINE.pdf>
- Aguilar Morales, R., Calderón González, A. & Delgadillo Jarquín, A. (2009). “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.” (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/5563>
- Altamirano Amaya, Y., Alvarado Gómez, H. (2010). “Evaluación del llenado de los expedientes clínicos de Odontopediatría I de la UNAN-León en el primer semestre del año 2009.” (Tesis de pregrado). Recuperado de: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/4861>
- Arellano Mejía, J., Sánchez Morales, C. (2017). ¿El expediente clínico debe ser clasificado como confidencial y reservado? Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462017000200111
- Arias Rojas, Arnulfo (2017). El diagnóstico en odontología. Cali, Colombia. Universidad del Valle.



- Bañuelos Delgado, N. (1999) El expediente clínico. Recuperado de: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/expediente_clinico.pdf
- Brigard Pérez, A. (2010). Valor jurídico de las historias clínicas. Médico legal on-line Revista colombiana para los profesionales de la salud. Recuperado de: http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2010/Vol1/No4/valor_juridico_v1_r4.pdf
- Carreño de Esparza, O. (2015) el expediente clinico, salud pública de méxico recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/4499/4380>
- Ferrer, I. & Maurenza, G. (2011). Manual del examen físico. Recuperado de: <http://files.sld.cu/cpicm-cmw/files/2014/01/manual-de-examen-fisico.pdf>
- Guzmán, F., Arias, C. (2012). “La historia clínica: elemento fundamental del acto médico” publicado por la Rev Colomb Cir.2012;27:15-24. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>
- Ibáñez Mancera, N. (2015). Propedéutica y semiología en odontología. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.
- Llanio, R. & Perdomo, G. (2003). Propedéutica clínica y semiología médica. La Habana, Cuba: Editorial ciencias médicas. Recuperado de: <https://clea.edu.mx/biblioteca/PROPEDEUTICA%20CLINICA%20Y%20SEMILOGIA%20MEDICA%20Tomo%20I.pdf>



- Montiel Reyes, A. (2014). Exámenes de laboratorio. Recuperado de: <http://exodoncia3016-mrak-orgullofo-unam.blogspot.com/2014/10/examenes-de-laboratorio.html>
- Monzón Wyngaard, A., Núñez. L. & Oscar F. (2003) ¿Historia Clínica o Ficha Odontológica? Recuperado de: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2003/comunicaciones/03-Medicas/M-035.pdf>
- Moradas, M. & Álvarez, B. (2017). Sistemática necesaria para confeccionar una completa y útil historia clínica: evitando problemas. Recuperado de: <http://www.redoe.com/ver.php?id=261>
- Núñez, G. (2016) ¿Qué es la frecuencia cardiaca? Recuperado de: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/291182.php>
- Pontificia Universidad Javeriana. Fundamentos de la Odontología (2007) Bogotá, Colombia: Alejandro Zapata Barreto
- Rodríguez, A. (2011). Primeros Auxilios Básicos para Socorristas. Recuperado de: <http://dipecholac.net/docs/files/420-manual-de-primeros-auxilios-para-socorristas-nivel-basico.pdf>
- Roiz Ramírez, F., Sandino Pérez, C. & Sánchez Mercado, F. (2010) “Evaluación de la calidad del llenado de historias clínicas, de pacientes ingresados a las especialidades de Endodoncia y Ortodoncia de la facultad de Odontología de la UNAN-León entre los años 2009-2011.” (Tesis de pregrado). Recuperado de: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/5788/1/223254.pdf>



- Vázquez, M. (2010). La Bioética en la Salud Pública. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S172689582016000100010&script=sci_arttext.pdf
- Velito, S., Tejada, S. (2010). La historia clínica como instrumento de calidad. Recuperado de: <http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%A9nica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>
- Vera carrasco, O. (2016). El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Rev. Méd. La paz, vol.22, n.1, pp. 59-68. Issn 1726-8958. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010



X. ANEXOS



Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Indicador	Valor
Registro de llenado de expedientes clínicos	Responde a todas las secciones del expediente clínica	Información obtenida con la ficha de recolección de datos	-Completa -Incompleta
Registro de llenado de cada una de las secciones en el expediente clínico	Responde a cada uno de las secciones del formato del expediente clínico	Si está presente o no la información en cada uno de los siguientes acápite: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Carpeta ➤ Firma de aceptación del paciente al tratamiento ➤ Datos generales ➤ Motivo de consulta ➤ Historia de la enfermedad actual ➤ Historia bucodental ➤ Historia médica anterior ➤ Historia familiar ➤ Historia personal y social ➤ Revisión de órganos y sistemas ➤ Signos vitales ➤ Exámenes de laboratorio ➤ Revisión médica ➤ Actitud emocional ➤ Examen físico de cara y cuello ➤ Examen clínico-bucal 	-Completo -Incompleto



		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconocimiento general de la cavidad bucal ➤ Plan de tratamiento ➤ Diagnóstico y pronóstico ➤ Presupuesto ➤ Ficha de control de placa ➤ Odontograma ➤ Periodontograma ➤ Récord de tratamientos realizados 	
Presencia de radiográficas diagnosticas adjuntas	Presentación en los expedientes clínicos de registros radiográficos del estado dental del paciente	-Radiografías adjuntas al expediente clínico -Ausencia de radiografías en expediente clínico.	-Si -No
Firma de autorización del tutor	Firma del tutor responsable del estudiante que ha	-Firma del tutor en el expediente clínico	-Si



	comprobado que las secciones de reconocimiento general de la cavidad bucal, plan de tratamiento, diagnóstico y pronóstico, presupuesto y récord de tratamiento realizado, se han llenado completamente.	-Ausencia de firma del tutor en el expediente clínico	-No
--	---	---	-----



Carta solicitud de permiso

León, septiembre, 2017

Dra. Bertaliliam Orozco.
Directora Clínicas Multidisciplinarias
Facultad de Odontología
UNAN-León
Su despacho

Estimada Dra. Orozco:

Reciba un cordial saludo de nuestra parte, esperando se encuentre bien de salud, somos estudiantes activas del V curso de la carrera de Odontología, Fabiola Paredes Rostrán, Guadalupe Prado Trejos y Cristhel Uriarte Rodríguez; el motivo de la presente es para solicitarle a usted la autorización para poder hacer uso de los expedientes clínicos de la clínica de Prótesis Parciales, ya que nos encontramos haciendo nuestro estudio monográfico para la asignatura de monografía y para poder llevar a cabo nuestra prueba piloto y poder recolectar los datos para realizar dicho estudio que tiene como título **“Evaluación del llenado de expedientes clínicos de los pacientes atendidos en clínica de Prótesis Parciales por los estudiantes de IV curso de la carrera de Odontología, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-León, en el primer semestre del año 2017.”** Requerimos de su colaboración con la autorización. Nuestro tutor monográfico es el Dr. Luis Alberto Quintana.

Agradeciendo de antemano su tiempo y esperando una respuesta positiva ante dicha solicitud, nos despedimos de usted deseándole éxito en todas sus actividades y que Dios derrame infinitas bendiciones a usted y su familia.

MSc. Luis A. Quintana.

Dra. Bertaliliam Orozco.



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. UNAN-León

Ficha de registro de expedientes clínicos de pacientes atendidos en Prótesis Parciales por alumnos de IV curso en el primer semestre del año 2017.

Ficha recolectora de datos

N° expediente: _____

Secciones	Información completa	Información incompleta		
Carpeta				
Firma de aceptación del paciente al tratamiento				
Datos generales				
Motivo de consulta				
Historia de la enfermedad actual				
Historia bucodental				
Historia médica anterior				
Historia familiar				
Historia personal y social				
Revisión de órganos y sistemas				
Signos vitales				
Exámenes de laboratorio				
Revisión médica				
Actitud emocional				
Examen físico de cara y cuello				
Examen clínico-bucal			Firma de autorización del tutor	
Reconocimiento general de la cavidad bucal			Si	No
Plan de tratamiento			Si	No
Diagnóstico y pronóstico			Si	No
Presupuesto			Si	No
Ficha de control de placa				
Odontograma				
Periodontograma				
Récord de tratamientos realizados			Si	No
Radiografía adjunta	SI	NO		

Observaciones:



Gráficos

Gráfico de tabla n°1

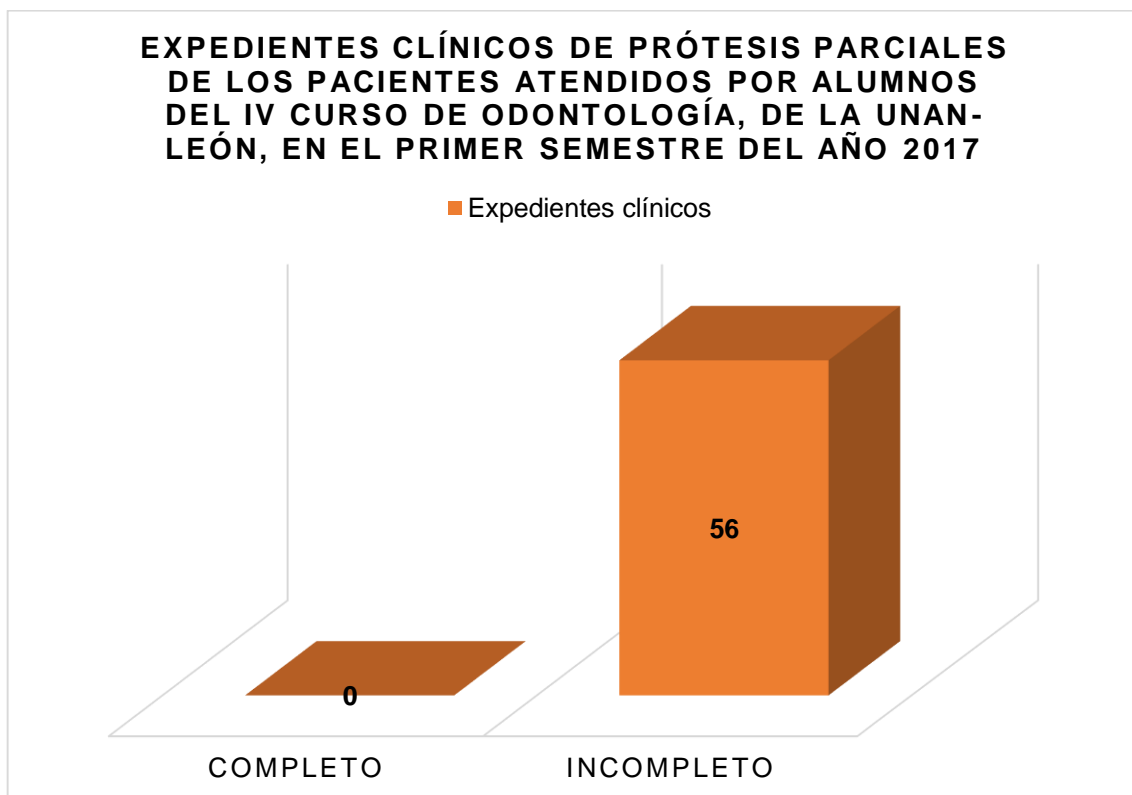




Gráfico de tabla n°2

SECCIONES COMPLETAS E INCOMPLETAS DE LOS EXPEDIENTES DE PRÓTESIS PARCIALES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR ALUMNOS DEL IV CURSO DE ODONTOLOGÍA, DE LA UNAN-LEÓN, EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2017.

■ Información completa ■ Información incompleta

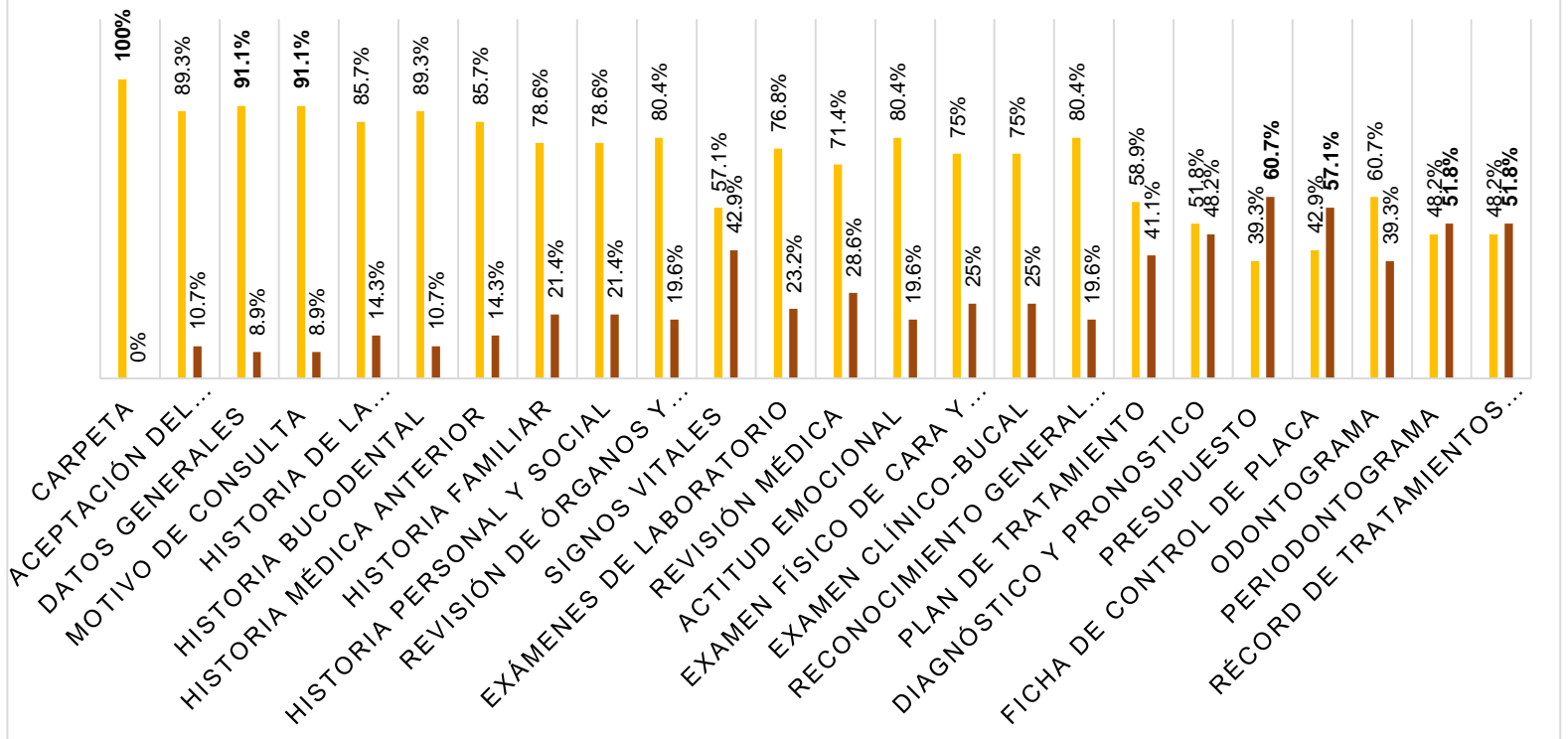




Gráfico de tabla n°3

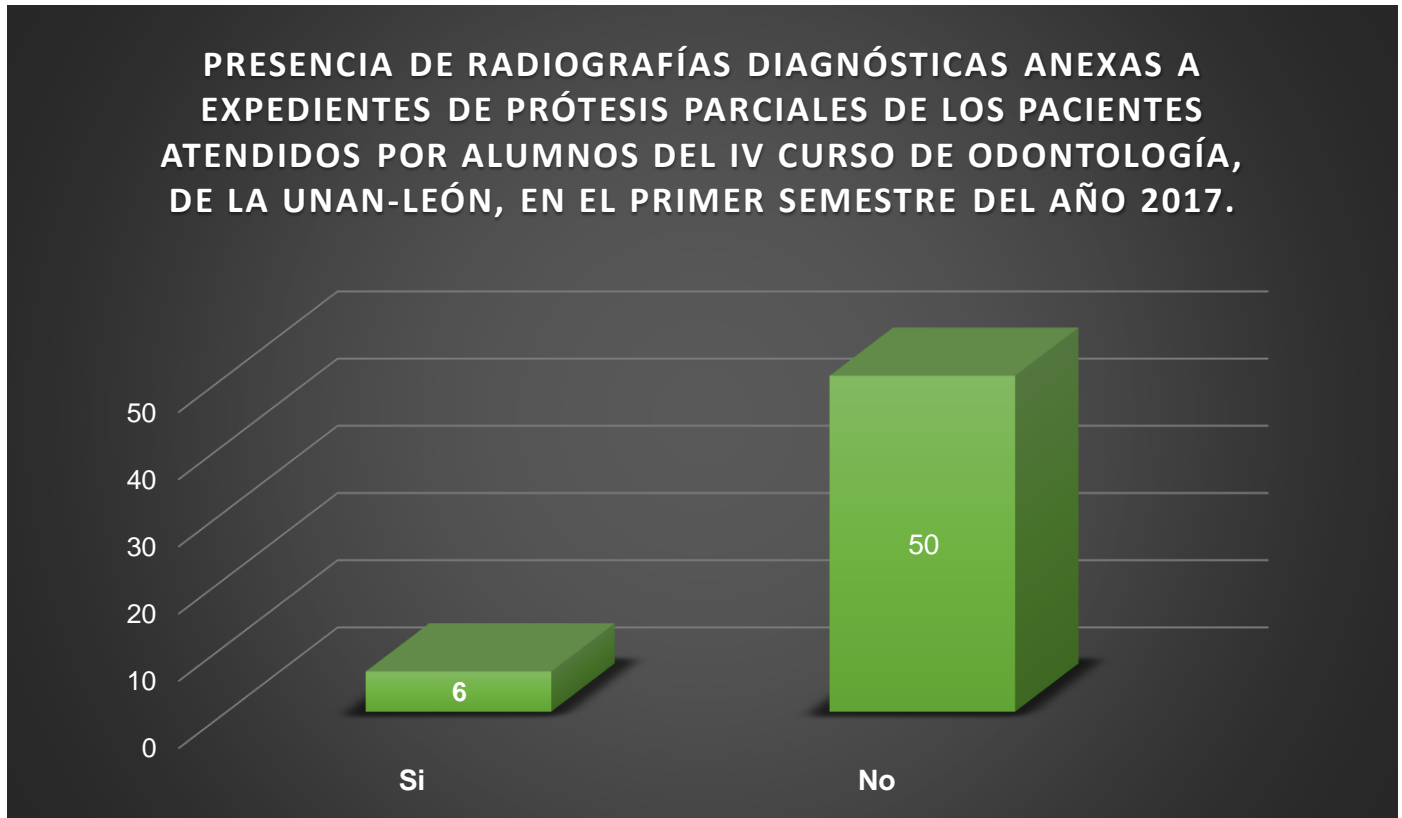
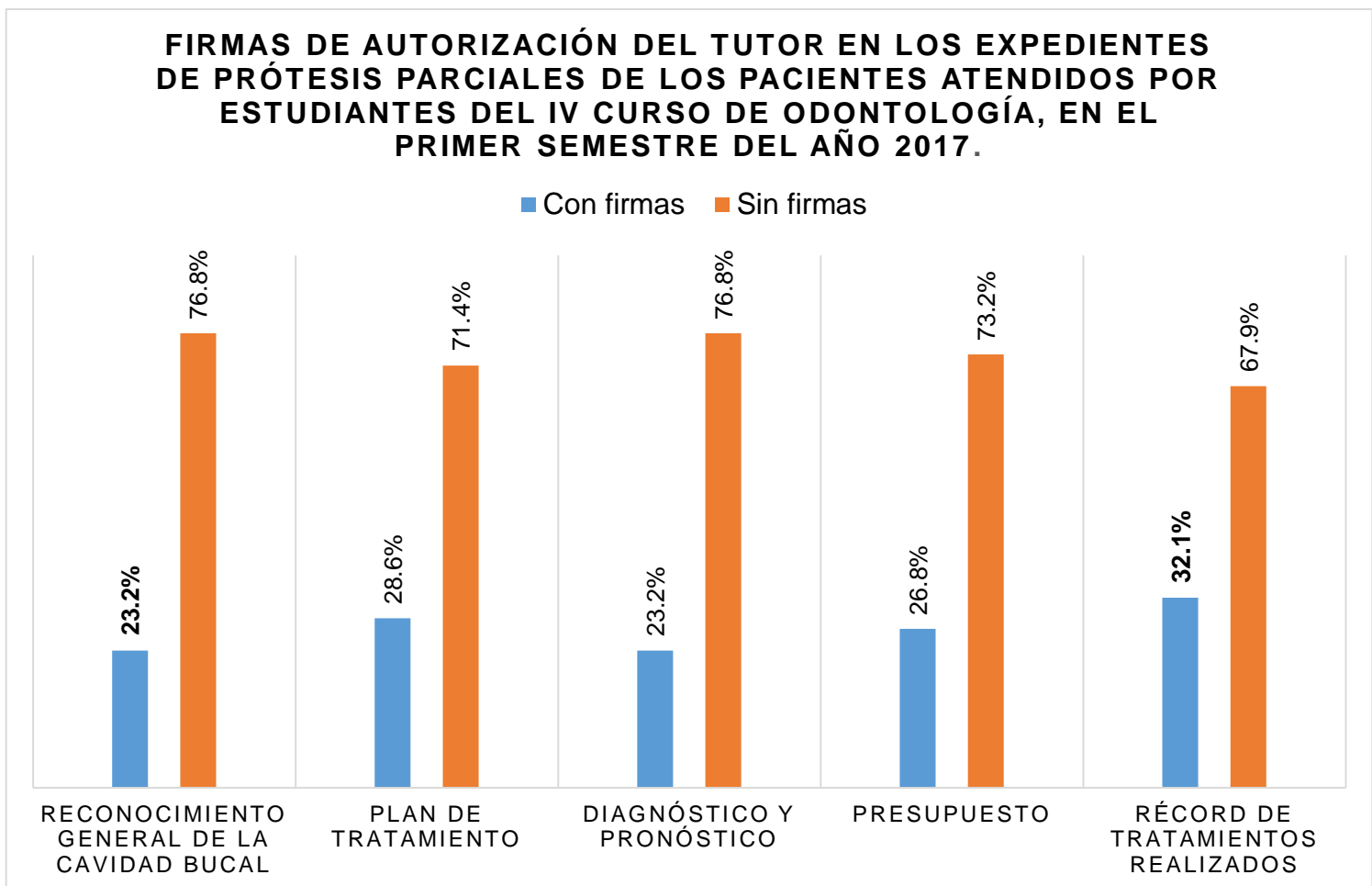




Gráfico de tabla n°4





Fotografías

