

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León

Facultad de Odontología

Departamento de Odontología Restaurativa



Monografía para optar al título de

CIRUJANO DENTISTA

“Llenado de Expedientes Clínicos en el Componente Clínica Adulto I, en las Clínicas Multidisciplinarias de la Facultad de Odontología UNAN-León, año 2019”.

Autores:

- **Bra. Samanta Lucia Álvarez Mejía**
- **Bra. Ana Belén Baquedano Rodríguez**
- **Br. Kenny Alberto Castellón Pérez**

Tutor: Dr. Juan Carlos Baldizón.

León, Nicaragua, Noviembre 2021

“A la libertad por la universidad”

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A Dios, por habernos brindado sabiduría en el camino de nuestra investigación y habernos permitido concluirla.
- ❖ A nuestros padres, por el apoyo emocional y económico que nos brindaron a lo largo de nuestro trayecto y permitirnos hoy realizar esta investigación.
- ❖ A nuestro tutor, Msc. Juan Carlos Baldizón por haber aceptado ser nuestro guía en esta investigación.
- ❖ Al personal de archivo de la clínica multidisciplinaria de la universidad por habernos atendido siempre con muchísima amabilidad y habernos ayudado permitiéndonos tener acceso a los archivos de estudio.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo primeramente a Dios, guía y fuente de inspiración de esta investigación.

Dedicamos especialmente nuestra investigación a nuestras madres, Martha Pérez, Luz Marina Rodríguez y Martha Mejía por el apoyo y aliento incondicional que nos han brindado durante todo nuestro paso por la universidad. Al igualmente al resto de nuestras familias que siempre estuvieron para nosotros.

RESUMEN

Este estudio pretende describir y calificar los expedientes clínicos llenados por alumnos en la clínica atención al adulto I del segundo semestre del año 2019. En esta investigación, descriptiva de corte transversal, con una población de 84 expediente de los cuales solo 55 fueron admitidos debido los criterios de exclusión, han resultado en que 38 de ellos se encuentran incompletos representando un 69.1%, completos fueron 16 con un 29.1% y vacíos solo se encontró 1 que representa el 1.8%.

Dichos resultados reflejan que la mayoría de la los expedientes clínicos poseen una cantidad de información deficiente con un 72.7% y únicamente 27.3% contienen una eficiente cantidad de información.

Palabras claves: archivo, expediente clínico, historia clínica, información, eficiente, deficiente, completo, incompleto, vacío.

Índice

I.	Introducción	- 1 -
II.	Planteamiento del problema	- 3 -
III.	Justificación	- 4 -
IV.	Objetivos	- 5 -
V.	Marco teórico.....	- 6 -
VI.	Diseño Metodológico	- 29 -
a.	Tipo de estudio.....	- 29 -
b.	Área de estudio	- 29 -
c.	Población de estudio:.....	- 29 -
d.	Unidad de análisis:	- 29 -
e.	Criterios de inclusión.....	- 29 -
f.	Fuente de información:.....	- 29 -
g.	Procedimiento de recolección de datos:.....	- 29 -
i.	Plan de análisis	- 32 -
j.	Aspectos Éticos.....	- 32 -
VII.	Resultados	- 33 -
VIII.	Discusión de resultados.....	- 37 -
IX.	Conclusiones.....	- 40 -
X.	Recomendaciones:	- 41 -
XI.	Bibliografía.	- 42 -
XII.	Anexos.	- 44 -
	Operalización de variables	- 44 -

I. Introducción

Elaborar una historia clínica apropiada, es una necesidad para llevar a cabo los tratamientos odontológicos de una forma acertada y sin complicaciones para el paciente y el odontólogo. Es un documento médico legal que permite identificar el estado de salud-enfermedades. Es de gran importancia que una historia clínica odontológica involucre no solamente el conocimiento sobre la salud bucal del paciente, sino también que recoja información sobre el estado de salud general del paciente, ya que actualmente existe un número creciente de enfermedades sistémicas que pueden modificar el plan de tratamiento odontológico.

La historia clínica es el registro de las actividades que realiza el odontólogo en relación a la salud oral del paciente. En ella quedan plasmados todos los datos obtenidos mediante el interrogatorio y la exploración (directa e indirecta). Mediante este documento se identifica al paciente y se pueden diagnosticar sus enfermedades, con el fin de adaptar el tratamiento odontológico a sus condiciones de salud física y mental. Gracias a una exploración clínica sistemática, ordenada y completa se puede obtener un diagnóstico correcto y poder diseñar un plan de tratamiento adecuado. (Chímenos)

La mayoría de los estudios anteriores consultados, relacionados con en el llenado de historia clínicas han concluido que existe un déficit en el llenado de estas. Dichos estudios han sido orientados en diversas áreas de la odontología, encontrándose que existe una coincidencia en las conclusiones de estos, refiriéndose a un llenado incompleto, sin embargo, se hallaron expedientes con un llenado completo y correcto.

Altamirano y Alvarado 2009, en el estudio "Evaluación del llenado de los expedientes clínicos de odontopediatría, Facultad de Odontología UNAN-León, concluyeron que: "Los estudiantes no realizaban un llenado completo de los expedientes clínicos, ya que por falta de tiempo demostraban más interés por

cumplir requisitos que realizar un buen llenado de las historias clínicas” también que la mayoría de los cuestionarios que contiene el expediente fue llenada adecuadamente, lo que demuestra que algunos tutores realizan una revisión íntegra de todo el protocolo del expediente clínico” (Jessica Altamirano, 2009).

Otro estudio realizado por Cerda y col, 2010, evaluación del registro de historia clínica de Cirugía Oral en la UNAN-León, como resultado obtuvieron que: “hay mala redacción”, “mala ortografía”, “expedientes con letra poco legible”, “dejan espacios en blanco”, “los datos recogidos en exploración física y estudios de gabinete no están completos” (Valeria Nazaret Cerda, 2012)

Prado, 2017, evaluó del llenado de expedientes clínicos de los pacientes atendidos en la clínica de prótesis parciales, en la Facultad de Odontología UNAN-León, obteniendo como resultados que: “Ninguno de los expedientes presentó la información completa”, “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.” (Prado, 2017)

Así mismo en el ámbito internacional, C.D Ana María Rueda, en el año 2001 evaluación de la calidad técnica del expediente clínico odontológico en una institución educativa y una institución de salud en san Luis Potosí, México, encontró que: Los expedientes clínicos de la Facultad de Estomatología obtuvieron una calificación de calidad técnica Excelente en el 42 % de los casos, Buena en el 31 % y Regular en el 27 % de ellos, mientras que los expedientes de la Clínica Dr. Pedro Bárcena obtuvieron calificación de Muy deficiente en el 97 % de los casos y un 3 % de Deficiente.

La coincidencia de los resultado de estos estudios, nos demuestra que existe una marcada deficiencia en el llenado de los expedientes clínicos, a pesar de que fueron realizadas en diferentes áreas de la odontología, por lo que el déficit en el registro de este es una problemática general que involucra tanto al estudiante como a los docentes a cargo de conducir un correcto llenado de esto

II. Planteamiento del problema

El componente Clínica Atención al Adulto I, integra los conocimientos y las destrezas de diferentes áreas clínicas de la odontología, que el estudiante ha venido adquiriendo a lo largo de los años de estudio, por lo que el alumno debe haber adquirido el conocimiento y experiencia necesaria para ser capaz de realizar un completo llenado de la historia Clínica, razón por lo que se plantea lo siguiente:

¿Cuál es la calidad del llenado de expedientes clínicos del componente Clínica Adulto I, en las clínicas multidisciplinarias de la Facultad de Odontología UNAN-León, año 2019?

III. Justificación

Los resultados de esta investigación, pueden servir como base de estudio, para que en los próximos años los estudiantes investiguen, la calidad del llenado de los expedientes clínicos de diferentes componentes e ir haciendo conciencia en las futuras generaciones de estudiantes, sobre la importancia del correcto llenado del expediente clínico, y sobre como este documento les puede ayudar en un futuro a enfrentar demandas judiciales, ya sea que laboren en el MINSA o en el área privada.

Si se encontraran deficiencias en el llenado de estos expedientes, los responsables inmediatos de este componente clínico, deberán realizar las acciones correspondientes, para superar estas dificultades y de esta manera lograr que los estudiantes adquieran esta competencia, que beneficiará a los pacientes, pues a través de la historia clínica se obtiene información sobre procedimientos realizados anteriormente y en caso de necesitar ser atendidos nuevamente contará con un registro completo y específico de su historia clínica, lo cual coadyuva a elevar el prestigio de esta Facultad, pionera de la odontología en Nicaragua.

IV. Objetivos

Objetivo General:

Evaluar la calidad del llenado de expedientes clínicos del componente Clínica Adulto I en las clínicas multidisciplinarias de la Facultad de Odontología UNAN-León, durante II semestre 2019.

Objetivos Específicos:

1. Analizar la calidad del llenado del expediente clínico.
2. Calificar las áreas del expediente clínico.

V. Marco teórico

1. Historia clínica

1.1. Definiciones:

- A. La historia clínica es el registro ordenado, secuencial y permanente de todos los fenómenos clínicos personales y familiares, hábitos, pruebas diagnósticas complementarias, diagnóstico, tratamientos realizados y la recuperación del paciente. Estos sirven como base de la enfermedad actual. En relación a la Odontología, es el registro de las actividades que realiza el odontólogo en relación a la salud oral del paciente. Se obtienen mediante el interrogatorio al paciente. En ella quedan plasmados todos los datos obtenidos mediante el interrogatorio y la exploración (directa e indirecta). Mediante este documento médico-legal se identifica al paciente y se pueden diagnosticar sus enfermedades, con el fin de adaptar el tratamiento odontológico a sus condiciones de salud física y mental. Gracias a una exploración clínica sistemática, ordenada y completa se puede obtener un diagnóstico correcto y poder diseñar un plan de tratamiento adecuado. (Chímenos)
- B. Calidad de la historia clínica se podría definir como la cantidad de información necesaria y requerida que debe contener un expediente clínico llenado adecuadamente.

1.2. Importancia:

La historia clínica es de vital importancia en la odontología, pues es en esta donde se almacena toda la información médica y odontológica de un paciente. Sirve como guía para el operador para saber que tratamientos son los más adecuados para el paciente. Se debe iniciar desde la primera consulta y en cada visita detallar los tratamientos realizados. (Robles, 2019)

- A. Constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano: 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.

- B. 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 paraclínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces.
- C. Orienta la terapéutica: La historia clínica orienta a la terapéutica ya que el odontólogo obtiene la información del paciente, la procesa y la utiliza para emitir una opinión científica y en base a ella disponer un tratamiento.
- D. Posee un contenido científico investigativo: La investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad.
- E. Tiene implicaciones médico legales: La historia clínica constituye un medio de prueba de suma importancia en los juicios por responsabilidad médica.

Es uno de los elementos probatorios de la diligencia, desde su elaboración formal hasta su trasfondo científico. Desde el punto de vista legal, la historia adquiere especial relevancia ya que representa un documento que integra la relación médico-paciente. En el ámbito académico se hace énfasis en su correcta elaboración desde que el personal de salud se está formando, pues se les enseña a que adquieran hábitos correctos a la hora de tomar datos que refieran el estado clínico de un paciente, evitando así la omisión del llenado de algunas de sus partes, pasos que son necesarios para describir correctamente a otros lectores la condición clínica del paciente. La historia clínica debe estar manuscrita por el profesional actuante y firmada por él. La documentación proveniente de un médico es un instrumento que supone validez y debe estar respaldada por su firma. (Alejandro Botero)

1.3. Características:

- A. Obligatoria: ningún acto médico u odontológico debería efectuarse sin su correspondiente registro en la historia clínica.
- B. Irreemplazable: no puede ser reemplazada por otro documento, aunque sea similar.

- C. Información adecuada y completa: la historia clínica debe poseer toda información relevante sobre los antecedentes médicos del paciente y así mismo de sus familiares, exámenes complementarios sobre su diagnóstico y su tratamiento, un completo examen clínico bucal, de tal forma que contenga toda la información que requiere el profesional para conocer y atender en forma adecuada a una persona, siendo dicha información íntegra.
- D. Sin espacios en blancos: cada parte correspondiente a la historia clínica debe ser completada, es decir no se debe dejar ningún acápite sin llenar.
- E. Única: exclusiva para cada paciente.
- F. Objetividad y veraz: basada en hechos ciertos y describe las situaciones como son y no como el médico quisiera que fueran, debe estar libre de presunciones y especulaciones. En la elaboración de la historia clínica el paciente debe expresar su versión de los síntomas.
- G. Disponible: debe preservarse la confidencialidad, estar disponible al personal médico u odontológico y al propio paciente. Su acceso a ella debe ser restringido para preservar la intimidad y confidencialidad de los datos que ahí se asienten.
- H. Incluir autorizaciones: dentro de la historia clínica debe estar siempre la constancia clara de que se cuenta con el consentimiento informado y la autorización expresada del paciente, ya que algunos procedimientos o tratamientos, debido a su complejidad o posibles complicaciones, requieren de una autorización escrita del paciente.
- I. Legible: toda historia clínica debe de estar redactada de una forma clara y legible, para evitar malinterpretaciones de los datos contenidos en ella.
(Clinic Cloud, 2018)

1.4. Componentes:

1.4.1. Anamnesis:

- A. Datos generales: Nombre, edad, género, etnia, lugar y fecha de nacimiento, escolaridad, religión, estado civil, dirección, ocupación, teléfono, número de cédula, remitido por. (Chímenos)
- B. Motivo de la consulta: se refiere a las dolencias principales del paciente y consiste en la anotación breve de los síntomas, que lo hacen acudir o consultar al médico. Es importante reflejar en la historia clínica, lo que dice exactamente el paciente, utilizando frases breves sin detalles descriptivos y entre comillas.
- C. Historia de la enfermedad actual: se hace una descripción detallada sobre el inicio y curso de la enfermedad que aqueja al paciente, sin ser examinado. Son todas las apreciaciones subjetivas del paciente con relación a su patología. Debe incluir un interrogatorio que conduzca a respuesta que permitan identificar la fecha y forma de comienzo (insidiosa o aguda), ubicación y curso de la enfermedad (crónico, agudo), tratamientos recibidos para el cuadro que está presentando, otros órganos y sistemas afectados por la dolencia y la situación actual (síntomas en el momento de la consulta)
- D. Historia buco dental: Incluye aspectos relacionados con la salud bucal del paciente, debe preguntarse por la última visita al odontólogo, tratamientos recibidos, experiencias anteriores, presencia de aparatos en boca, educación en salud oral, frecuencia de cepillado, uso de otros medios auxiliares para la higiene bucal, aplicación de flúor y sellantes.
- E. Historia médica anterior: Si el paciente ha estado bajo cuidado médico, centro médico en el que estuvo, fecha de último examen clínico, medicamentos que toma y nombre del médico.
- F. Enfermedades que ha padecido: nombre de la enfermedad, cuando inicio, el curso de la enfermedad, tratamiento y el estado actual.
- G. Si ha sido sometido a tratamiento: operaciones, transfusiones sanguíneas, radioterapias y especificar vacunas recibidas.

- H. Historia familiar: constituye la historia de enfermedades familiares en las que se incluyen entidades con tendencia a ser hereditarias o que tienen la posibilidad de contagio infeccioso.
- I. Historia personal y social: relaciones aspectos tales como la conformación del núcleo familiar, condiciones de la vivienda, religión y hábitos generales. (Universidad de Antioquia, s.f.)

1.4.2. Examen físico de cara y cuello:

Este examen involucra una evaluación detallada de la cabeza y la cara del paciente.

- A.** Cabeza: Se debe iniciar con una exploración del cabello, para evaluar la calidad, espesor y color. Se puede encontrar sequedad, cabello descuidado o irregular y las causas pueden ser: desnutrición, displasia ectodérmica, autoagresión, quimioterapia o descuido. Luego se continúa con la evaluación del cuero cabelludo en donde se define su color y sequedad para determinar si existe dermatitis, úlceras, hematomas o caspa, cuya etiología puede ser alergias, traumatismo o descuido.
- B.** Tipo craneal: Indica la forma del cráneo, comparando su amplitud transversal (máxima distancia biparietal) con su longitud antero posterior (máxima distancia frontal occipital), tomadas de manera recta. La fórmula para la definición del tipo craneal tiene en cuenta cuatro puntos anatómicos: glabella (parte más prominente del hueso frontal), eurion- eurion (parte más prominente del hueso parietal), y opistocráneo (parte más prominente del hueso occipital). (Alejandro Botero). El aspecto exterior del cráneo ayuda a descubrir alteraciones en el crecimiento y desarrollo, anomalías congénitas, alteraciones locales o de origen sistémico.

En la cabeza cabe distinguir estructuras extrabucales e intrabucales. Entre las extrabucales se cuentan: estructuras faciales, piel, nariz, ojos, oídos, perfil de los maxilares, articulación temporomandibular (ATM), músculos masticatorios y de la mímica, glándulas salivales mayores (en parte intrabucales) y estructuras aéreas

craneales (senos maxilares, senos frontales, celdas etmoidales). En el cuello hay que explorar los ganglios linfáticos cervicales, la musculatura, los cartílagos traqueales, etc. (Chímenos)

1.4.3. Examen Clínico bucal

La exploración de los tejidos blandos debe hacerse de una forma sencilla, completa y rápida. Es necesario hacer una visualización y palpación de cada una de las regiones bucales.

El orden para la Ronda Estomatológica es el siguiente:

- A. Labios: Se inspecciona tamaño y contorno, definición de la unión mucocutánea, color y consistencia de la zona de transición o bermellón, comisuras y mucosa. También se debe evaluar integridad, textura, humedad y sequedad. (Alejandro Botero)
- B. Mucosa yugal, surco vestibular y rebordes alveolares: Se comienza por el lado superoposterior derecho y se termina en el lado inferoposterior derecho, cerrando de esta manera un círculo. Se debe tener cuidado de no ocultar con el espejo o bajalenguas zonas que pueden ser anómalas. Poner especial atención en zonas como la papila de Stenon o desembocadura de la glándula parótida, la presencia de gránulos de Fordyce, y frenillos; en la mucosa principalmente se debe detectar cambios de color y consistencia. (Alejandro Botero)
- C. Frenillos: Para evaluar el frenillo labial superior e inferior se aplica el test de Blanche. Consiste en traccionar el frenillo y evaluar la zona isquémica que se produce y hasta dónde afecta. El frenillo inferior de inserción alta cerca al margen gingival de los incisivos inferiores en un periodonto delgado puede ser el generador de una retracción de dicho margen.
- D. Mejillas: Explorar: Músculo buccinador, Estructura adiposa de Bichat, Frenillo bucal, Línea de oclusión., Orificio y papila del conducto de Stenon, Glándulas salivales menores, Vestíbulo bucal. (Chímenos)
- E. Lengua: Se debe observar color, textura, sensibilidad, tamaño y movimiento; además, posición, forma y función. Al examinar la lengua se

toma su punta con una gasa y se extiende delicadamente hacia afuera. Se observa si hay zonas atróficas, masas, ulceraciones, indentaciones o inflamaciones asociadas. La lengua se observa en conjunto y en estado de reposo, se examina el dorso observando las papilas y palpando toda su superficie de atrás hacia adelante. Se le debe pedir al paciente que saque la lengua lo más que pueda para observar la parte posterior o basal; para la parte ventral se le pide al paciente que lleve la punta de la lengua hacia la parte más posterior del paladar; veremos entonces el frenillo, las venas de la región y cualquier cambio que en ésta exista. Para observar los bordes se le pide al paciente que dirija su lengua hacia afuera y lateralmente hacia las comisuras; en cada posición se observa el borde lateral desde atrás donde se encuentran las papilas foliadas hasta la punta de la lengua; también, se puede tomar con una gasa la punta de la lengua y hacer tracción hacia afuera y lateralmente. Para medir la movilidad se le pide al paciente que proyecte la lengua hacia afuera y abajo en máxima extensión y luego hacia afuera y arriba. Se debe valorar el rango de movimiento de la lengua para determinar si existe frenillo traccionante.

- F. Región retromolar inferior: Explorar: Reborde oblicuo externo, arco palatogloso (pilar anterior), ligamento, Pterigomandibular, triángulo retromolar. Buscar: Úlceras, Pericoronaritis, Hiperqueratosis. (Chímenos)
- G. Paladar: Se debe observar muy bien el paladar duro y blando, examinar zonas como las rugosidades palatinas, rafe medio y úvula. Se puede reconocer las modificaciones de forma y coloración. La palpación permite apreciar su consistencia y la presencia de otras alteraciones como los torus. Generalmente, la profundidad del paladar está en relación directa con la amplitud del arco dentario y con los hábitos de respiración. Debe clasificarse como alto, medio o bajo. (Alejandro Botero)
- H. Orofaringe: Se le dice al paciente que abra la boca, y haciendo presión hacia abajo sobre la parte posterior y media de la lengua se le pide que diga AAAAAAA. Se trata de evaluar amígdalas, el istmo de las fauces y la úvula. (Alejandro Botero)

- I. Faringe: Explorar: Amígdalas, Arco palatofaríngeo (pilar posterior), Criptas amigdalares. Pared faríngea posterior. Pared faríngea lateral. Orificio de la trompa de Eustaquio, Orificios nasales posteriores. Laringe, fosa piriforme, epiglotis. Anillo de Waldeyer. Amígdalas linguales, Adenoides.
- Buscar: Cambios del color y el tamaño. Úlceras. tonsilolitos y secreciones impactadas. Placas o nódulos, Restricción respiratoria.
- J. Área amigdalina: Abarca la visualización de la úvula. Las amígdalas de mayor tamaño son las amígdalas palatinas, situadas a ambos lados de los pliegues palatogloso y palatofaríngeo. Pueden ser muy grandes en los niños. Se observará color, estructura, presencia de vesículas, ulceraciones, tamaño de las criptas, membranas, secreción. (Alejandro Botero)
- K. Mucosa alveolar: Verificar los cambios macroscópicos del periodonto, asociados a la historia y a la patología de la mucosa bucal hallada (enfermedades sistémicas, diabetes, infecciones). Identificar la presencia de manchas y/o pigmentaciones asociadas a la historia, herencia, raza (melanina). Además, registrar el grado de inflamación gingival, los cambios de coloración de la encía y la posición del margen gingival de la encía queratinizada con respecto a la corona del diente.
- L. Piso de boca: Observar morfología, color y textura. Palpar y recorrer desde atrás con el dedo índice izquierdo y derecho un lado a la vez. Haciendo presión leve en el piso de la boca, verificar glándulas salivales o alteraciones anatómicas. Con frecuencia puede haber exceso de hueso alveolar en esta región. (Alejandro Botero)
- M. Encía: Explorar: Encía libre o marginal (borde gingival), Encía adherida o insertada (nivel), Unión mucogingival-mucosa bucal, Surco gingival (profundidad de sondaje), Papilas interdientarias. Buscar: Inflamación, gingivitis (hemorragia), Retracción, patología periodontal. Úlceras, periodontitis necrosantes, Movilidad dentaria, Hiperplasia gingival. (Chímenos). La exploración de los tejidos periodontales debe hacerse de manera sistemática llevando el siguiente orden: presencia de placa dentobacteriana, color (pigmentaciones, enrojecimientos y lesiones

blancas), forma (tamaño, contorno, arquitectura y topografía mucogingival), consistencia (firme o edematosa), textura superficial (punteada o lisa), sangrado (espontáneo o como respuesta al sondeo), exudado, dolor (espontáneo o provocado) y movilidad dental (fisiológica o patológica). El fenotipo periodontal se determina mediante la observación directa de la amplitud y grosor de la encía queratinizada y hueso subyacente, la forma de la corona clínica (triangular o cuadrada), la forma del margen gingival (plano o pronunciado) y la palpación directa del periodonto para establecer el espesor del hueso (si se palpan las raíces de los dientes el hueso será delgado). También pueden encontrarse problemas de dehiscencias, fenestraciones y retracciones gingivales, o la erupción pasiva acelerada, que puede ser un signo temprano de las anteriores. (Alejandro Botero)

N. Diente: Explorar: Forma, Color, Tamaño, Número, Posición, Integridad, Oclusión. Buscar: Pigmentaciones exógenas/endógenas, Microdoncias y macrodoncias, Agenesias, dientes supernumerarios, pérdidas, Malposiciones, interferencias, Hipersensibilidad, caries. Abrasión, erosión, hipoplasias, Maloclusiones. (Chímenos)

- a. Examen visual: Contar e identificar cada una de las piezas dentales. Evaluar las variaciones de número, forma, tamaño, posición, color y estructura superficial. Evaluar la integridad dental, Diferenciar los dientes primarios de los permanentes. Evaluar detenidamente cada diente en búsqueda de lesiones de mancha blanca. Cada arcada debe ser examinada de manera individual, determinando forma, simetría y disposición de los dientes dentro de ella, alineamiento dentario y malposiciones dentarias, Determinar si existe apiñamiento o espaciamiento dentario. Determinar si existe pérdida de espacio.
- b. Examen manual: Evaluar la movilidad colocando el dedo índice en la superficie lingual y aplicar presión con el mango del espejo en la superficie vestibular.
- c. Examen instrumental: Radiográficamente se puede evaluar la ausencia congénita de dientes, las caries interproximales y el grado de desarrollo

radicular. Para detectar las lesiones cariosas incipientes, tras una meticulosa limpieza y secado de los dientes, hemos de recorrer con la sonda sus superficies en busca de rugosidades o verdaderas pérdidas de continuidad de éstas. Secar la superficie del diente para poner en evidencia lesiones incipientes de mancha blanca. En las zonas con cavitación por caries hay que evaluar signos como el color de la lesión, su tamaño y profundidad. Las restauraciones presentes deben ser revisadas en busca de zonas sobreobturadas, fracturas marginales o caries secundaria. (Alejandro Botero)

1.4.4. Revisión de órganos y sistemas:

A. Interrogatorio por aparatos y sistemas:

- a. 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, Colitis (Máximo J. Gglio, 2000)
- b. 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. (Máximo J. Gglio, 2000)

- c. 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. (Máximo J. Gglio, 2000)
- d. 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 nefrótico. (Máximo J. Gglio, 2000)
- e. 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: Poliuria, 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, Diabetes. (Máximo J. Gglio, 2000)

- f. 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. (Máximo J. Gglio, 2000)
- g. 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. (Máximo J. Gglio, 2000).
- h. 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, Miopatías.

- i. 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.
- j. 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. (Máximo J. Gglio, 2000)
- k. Clasificación ASA (Última aprobación por la Casa de Delegados de la ASA el 15 de octubre de 2014).
 - ASA I Paciente sano.
 - ASA II Paciente con enfermedad sistémica leve.
 - ASA III Paciente con enfermedad sistémica grave.
 - ASA IV Paciente con enfermedad sistémica grave que es una amenaza constante para la vida.
 - ASA V Paciente moribundo que no se espera que sobreviva en las siguientes 24 horas con o sin cirugía.
 - ASAV VI Paciente declarado con muerte cerebral cuyos órganos serán removidos para donación. (Dra. Gloria Lopez, 2017)

B. Signos vitales:

- a. Frecuencia respiratoria: Valores normales: Primer año de vida: 30-60 respiraciones /minuto, Edad adulta: 16-20 resp./min Senectud: 14 resp./min. La exploración debe pasar inadvertida para el paciente, ya que, de lo contrario, puede modificar su ritmo respiratorio. Puede ser útil conocerlo ante la práctica de determinados tipos de anestesia (sedación con óxido nitroso). Algunos fármacos y situaciones (ansiedad, alteraciones metabólicas) pueden modificar el ritmo respiratorio produciendo bradipnea (respiración lenta, que causa hipoventilación) o taquipnea (respiración rápida, que causa hiperventilación).
- b. Frecuencia cardíaca: Valores normales: Primer año de vida: 90-120 lat. /min Edad adulta: 60-75 lat./min Senectud:50-60 lat./min (Aumenta 5-10 lat./min por cada grado [1 °C] de aumento de fiebre.) La bradicardia (< 50 lat. /min) es más frecuente en los ancianos y puede obedecer a tratamientos farmacológicos (betabloqueantes, digital) o a hipotiroidismo. La taquicardia (> 100 lat. /min) acompaña a la fiebre, los procesos inflamatorios, la ansiedad, las cardiopatías, las anemias, las hemorragias graves, etc. La determinación de la frecuencia cardíaca puede ser central (carótida) o periférica (radial), aplicando tres dedos en la región. Se pueden detectar pulsos tensos o duros, sugerentes de hipertensión arterial, y pulsos débiles o filiformes, sugerentes de hemorragias o insuficiencia cardíaca, arritmias, etc. La máxima frecuencia cardíaca aceptable con ejercicio físico intenso es la que resulta de calcular 200 lat. /min menos la edad en años. (Chímenos)
- c. Presión arterial: No hay valores normales definitivos, pero se considera que, para un mismo individuo, su presión normal sería la determinable tras 60 min de reposo en posición supina. Su medición se lleva a cabo mediante un esfigmomanómetro y un estetoscopio o fonendoscopio, que permiten detectar los sonidos de Korotkoff. Aunque la presión arterial es muy lábil y variable, como promedio, para los pacientes adultos, los valores medios serían: Presión sistólica: 105-145 mm Hg Presión

diastólica: 80-95 mm Hg Promedio: 126/76 ± 10 mm Hg. Existe una diferencia de 25-50 mm Hg entre la presión sistólica y la diastólica.
(Chímenos)

1.4.5. Exámenes complementarios:

- A. Exámenes de laboratorio: Examen médico, exámenes de laboratorio A los pacientes sanos no es necesario pedirles exámenes de laboratorio; se les solicitan a aquéllos que presentan algún problema de salud que pueda interferir con el tratamiento dental. Por ejemplo, si el paciente es diabético o tiene algún problema en la cicatrización, es recomendable que presente pruebas de laboratorio como la química-sanguínea o de coagulación (tiempo de sangrado y de protrombina). Todo depende de que en la primera cita se haga una buena historia clínica para no tener dificultades al iniciar el tratamiento. Algunos de los exámenes más utilizados por el odontólogo son: Tiempo de sangrado, Tiempo de coagulación, Tiempo de protrombina, Tiempo parcial de tromboplastina activada, Glucosa en sangre en ayuno, Glucosa en sangre postprandial, Hemoglobina, Eritrocitos, Plaquetas, Leucocitos. (Alejandro Botero)
- B. 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).

C. Periodontograma: El periodontograma es un conjunto de registros para valorar hasta qué punto tenemos un problema en las encías. El periodoncista hará una valoración de tu caso basándose en radiografías y en un examen completo de tus encías, dónde se miden varios parámetros. Todos estos parámetros quedan reflejados en una ficha llamada periodontograma. El periodontograma es una ficha que rellena el dentista cuando examina un paciente con problemas periodontales. Los registros que se incluyen pueden ayudar al odontólogo a valorar la enfermedad periodontal, estableciendo un diagnóstico y tratamiento más ajustado. (Sanitas, 2015) El periodontograma es una forma gráfica de representar el estado periodontal del paciente. Se basa en el uso de 5 colores (rojo, negro, azul, naranja y verde) los cuales representan distinta simbología y a continuación se presenta:

a. Se utilizará el color rojo para:

- Dibujar el margen gingival.
- Remarcar áreas de inflamación gingival.
- Marcar los puntos sangrantes.
- Borde defectuoso de restauraciones.
- Dibujar un círculo que indica fístula.
- Endodoncia (se pinta de acuerdo al estado radiográfico)
- Furcas (se dibuja un círculo en la furca afectada).
- Lesión periapical.
- Caries.

b. Se utilizará el color negro para:

- Marcar las bolsas periodontales.
- Colorear dientes ausentes (colorearlo completamente).
- Dibujar la posición del diente incluido sin colorearlo.
- Impactación de alimentos. (Flecha en dirección al margen)
- Diastemas (dos líneas verticales paralelas)
- Desgaste dental por atrición, abrasión, bruxismo.

- Fractura dental.
- c. Se utilizará el color azul para:
 - 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.
- d. Se utilizará el color naranja para:
 - 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.
- e. Se utilizará el color verde para:
 - Dibujar línea mucogingival.
 - Prótesis total: Se escribirá en las casillas de mediciones (color verde)

D. Medios auxiliares de diagnóstico:

- a. Examen radiográfico: La radiología es una rama de la medicina que estudia las radiaciones ionizantes procedentes de los rayos X y de la radioactividad natural o artificial y sus aplicaciones en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. (Nuñez, 2014). 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. (Valeria Nazaret Cerda, 2012)
 - Radiografía Periapical: Una radiografía periapical forma parte de las denominadas radiografías intraorales, es decir, aquellas que se realizan mediante la colocación de placas radiológicas de diferente

tamaño dentro de la boca, con el fin de obtener imágenes completas de uno o dos dientes y estudiarlo en su totalidad: ápice, corona, raíz, tejido óseo y espacio periodontal. (Sanitas, 2016)

- Radiografía panorámica: la radiografía dental panorámica crea una única imagen de toda la boca: las mandíbulas superior e inferior, las articulaciones temporomandibulares (TTM), la dentadura completa, la zona nasal y los senos paranasales. Esta imagen ofrece una representación plana de la estructura de por sí curva de la mandíbula, lo que facilita el análisis de cada una de sus elementos. (Colgate, 2018)
- b. Modelos de estudio: Los modelos de estudio o modelos de ortodoncia, hacen referencia a una réplica exacta de la estructura dental del paciente. Primeramente, en la clínica dental se toman unas impresiones de la arcada superior e inferior, con el objetivo de elaborar una réplica exacta de la forma y la colocación de los dientes superiores e inferiores del paciente, mediante un yeso especial para esta tarea. Estos modelos de estudio permiten que el dentista tenga información detallada sobre la forma, colocación y oclusión del paciente, de manera tridimensional. (barcelona, 2017)

1.4.6. Diagnóstico y pronóstico:

- A. Diagnóstico: El diagnóstico es la primera y más importante herramienta con la que cuenta un profesional de la salud de cualquier área para acercarse a la comprensión y posible tratamiento de las condiciones salubres de un individuo. El diagnóstico es el resultado del análisis que se realiza en una primera instancia y que tiene como fin permitir conocer las características específicas de la situación determinada para así poder actuar en consecuencia, sugiriendo tratamiento o no. Ese análisis diagnóstico se basa en la observación de síntomas existentes en el presente o en el pasado. El término diagnóstico proviene del latín, diagnosis, palabra que a su vez ha sido tomada del griego y que significa "discernir" o "aprender" sobre determinados elementos. Normalmente, un procedimiento diagnóstico es sugerido ante la presencia de elementos o síntomas anormales para determinadas situaciones

de acuerdo a los parámetros comúnmente aceptados como naturales. El diagnóstico puede aplicarse para ratificar o rectificar la presencia de una enfermedad, como también para conocer su evolución en el caso de confirmarse la misma. El diagnóstico médico puede resultar de diferentes tipos de análisis, algunos más simples y superficiales pero también de otros más complejos y profundos, sobre todo en el caso de enfermedades de gravedad. En la mayoría de los casos, para poder completarse un diagnóstico apropiado y certero, se debe contar con material extra, ya sean pequeños instrumentos como complejas y sofisticados equipamientos médicos. (Bembibre, 2017)

a. 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.

b. Tipos de diagnóstico:

- Diagnóstico presuntivo: Es aquel que el profesional considera posible basándose en los datos obtenidos en la anamnesis y el examen físico.
- Diagnóstico de certeza: Es el diagnóstico confirmado a través de la interpretación y análisis de métodos complementarios.
- Diagnóstico diferencial: Es el conjunto de enfermedades que pueden ocasionar un síndrome, descartándose una a una según la hipótesis planteada y las exploraciones complementarias, hasta encontrar la enfermedad que ocasiona los síntomas del paciente. (Valeria Nazaret Cerda, 2012)

B. Pronóstico: El pronóstico es la previsión del surgimiento, el carácter del desarrollo y el término de la enfermedad, basada en el conocimiento de las regularidades del curso de los procesos patológicos. El pronóstico se refiere

a los resultados de una enfermedad y la frecuencia con que se espera que ocurran. Es una preocupación inherente a la clínica. En la práctica médica es constante el ejercicio de la predicción del curso futuro de una enfermedad, de sus resultados y de su frecuencia. Esta previsión puede ser importante para la decisión de tratar a un paciente y cómo tratarlo, reducir su ansiedad, así como promover determinadas conductas en las personas que atendemos. Además de ser el pronóstico algo indispensable para un tratamiento exitoso, si es correcto, aumenta la autoridad del médico y la confianza del enfermo en este. Lo primero que interesa al médico y al paciente es si es o no mortal la enfermedad, y si es mortal, cuánto tiempo va a vivir el enfermo. Lo segundo es, si se curará o no por completo, si la afección va a dejar secuelas o incapacidades, qué tiempo va a durar, cómo va a transcurrir la enfermedad al principio y en lo posterior, si hay recidivas o remisiones; y si es una enfermedad crónica, qué limitaciones va a producir en la vida del paciente, cuáles son las complicaciones de la enfermedad, y cuáles son los efectos de los tratamientos existentes en el curso de ella. Todos estos aspectos deben ser de dominio del médico para optimizar el tratamiento y su relación con el paciente y la familia.

a. Factores que influyen en el pronóstico.

Muchos factores dependientes de la enfermedad como su gravedad y extensión, el comprometimiento de órganos vitalmente importantes, el grado de trastorno en las funciones orgánicas y la posibilidad de reversibilidad de los cambios funcionales y morfológicos del organismo, la frecuencia y gravedad de sus complicaciones y la duración de la enfermedad, influyen grandemente en el pronóstico, y deben ser conocidos y evaluados. Otros factores dependientes del paciente como la edad, el sexo, el estado de salud previo, las enfermedades que padece, la herencia, el nivel cultural, la disposición y posibilidades de cooperar con el tratamiento, y el estado físico y psíquico también son muy importantes en el pronóstico. Hay que tener en cuenta la multimorbilidad previa, si los pacientes son muy ancianos, los debilitados, los que no cooperan con el

tratamiento, los que tienen una enfermedad crónica previa y se les agrega una enfermedad aguda. Por ejemplo, un diabético con una infección aguda, tienen un pronóstico peor. (Novás, 2004)

1.4.7. Plan de Tratamiento.

Es la propuesta de resolución en forma integral de los problemas de salud bucal identificados durante el proceso de diagnóstico, el cual debe plantearse de manera secuencial, lógica y ordenada, tomando en consideración todos los aspectos multidisciplinarios, con el objetivo de recuperar y mantener la salud bucal. El plan de tratamiento incluye las siguientes decisiones: (orden de las fases del tratamiento)

- A. Fase I, preliminar o de urgencias: Prioridad proporcionar comodidad al paciente, se debe eliminar o remitir para dar tratamiento inmediato a cualquier molestia a nivel bucal que está afectando su calidad de vida, ya sea a nivel periodontal o dental. Cualquier dolor o molestia que afecte la calidad de vida del paciente: eliminación de dolor: dental o Periapical GUN, PUN, ABSCESOS (Gingival, periodontal y pericoronar o pericoronaritis). Aftas, Impacto alimenticio, Trauma oclusal agudo, Quemaduras, Incrustación de cuerpos extraños. Fracturas coronarias.
- B. Fase sistémica: efectuar el tratamiento sin riesgos, tanto para el paciente como para el operador, asegurándose de proporcionar las medidas necesarias para pacientes con algún compromiso sistémico y evitar cualquier inconveniente con los pacientes sin compromiso. El estado sistémico modifica el plan de tratamiento propuesto efectuándose alternativas en los procedimientos periodontales que pueden afectar la respuesta de los tejidos o amenazan la preservación de salud periodontal al terminar el tratamiento, en casos especiales se debe considerar la interconsulta con el médico.
El tratamiento sistémico puede instituirse como auxiliar de las medidas locales y con fines específicos, tales como:
 - a. La eliminación de complicaciones sistémicas por infecciones agudas.
 - b. Utilización de sustancias químicas para prevenir los efectos lesivos de la bacteremia posterior a la terapéutica.

- c. Tratamiento nutricional de apoyo
 - d. Control de enfermedades sistémicas que agravan el estado periodontal o precisan de precauciones especiales en el transcurso del tratamiento.
- C. Fase Higiénica
- a. Motivación y educación al paciente.
 - b. Control de Placa Bacteriana (uso de sustancias reveladoras de P.B.)
 - c. Técnicas de Higiene Oral:
 - d. Técnica de cepillado:
 - Tipo de cepillo dental
 - Instrucción para el uso de hilo dental.
 - Aditamentos especiales para la higiene de aparatos protésicos y de ortodoncia
 - e. Raspaje y alisado radicular.
 - f. Profilaxis
 - g. Obturaciones provisionales a nivel interproximal y cervical.
 - h. Colocación de prótesis temporales
 - i. Ajuste oclusal preliminar
 - j. Aperturas (endodoncia)
 - k. Exodoncia de: Restos radiculares y 3as molares que estén produciendo molestias o favorezcan el acúmulo de irritantes locales. Piezas con movilidad grado III
- D. Fase correctiva o quirúrgica:
- a. Técnicas quirúrgicas seleccionadas de acuerdo al problema periodontal diagnosticado
 - b. Ortodoncia
 - c. Ajuste oclusal definitivo
 - d. Rehabilitación protésica
- E. Fase de mantenimiento: Visitas periódicas de control: La frecuencia dependen de los factores de riesgo
- a. Reevaluación periodontal/dental:
 - Presencia de placa bacteriana y/o cálculo dental.

- Estado gingival (presencia de inflamación, enfermedad periodontal).
- Oclusión.
- Movilidad dental.
- Otros cambios patológicos.
- Requerimiento de Tratamientos según estado del Paciente.
- Reevaluación de restauraciones y aparatos protésicos.
- Controles radiográficos dependen del caso. (Anonimo, 2011)

VI. Diseño Metodológico

A. Tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal.

B. Área de estudio

Archivo de las Clínicas Multidisciplinarias, Facultad de Odontología, UNAN León.

C. Población de estudio:

Los 84 expedientes clínicos que fueron llenados en la componente Clínica Adulto I, segundo semestre del año 2019.

D. Unidad de análisis:

Cada uno de los expedientes clínicos correspondientes a la Clínica Adulto I, año 2019, que cumplan con los criterios de inclusión.

E. Criterios de inclusión

- a. Que el expediente se haya llenado en Clínica Adulto I, II semestre del año 2019.
- b. Que el expediente esté cancelado.

F. Fuente de información:

Secundaria: Los autores extrajeron la información, al analizar los expedientes.

G. Procedimiento de recolección de datos:

Se realizó una carta dirigida al director de las Clínicas Multidisciplinarias, solicitándole su autorización para la revisión de expedientes en el área de archivo,

con el fin de obtener la información de los expedientes que correspondan a la Clínica Adulto I en el segundo semestre 2019.

Una vez obtenido el permiso correspondiente, se procedió a revisar cada uno de los expedientes clínicos, para observar si cumplían los criterios de inclusión.

Se diseñó una ficha recolectora de datos en base a los objetivos del presente estudio, la cual consiste en una lista de cotejo donde se plasmaron todos los acápite presentes en el expediente clínico de Clínica Adulto I, catalogándolos como vacío, incompleto, completo. También se diseñó una lista donde se especifica la presencia o no de las firmas correspondientes al I tutor. Por último una tabla que contiene 7 áreas que reflejan la agrupación de los acápite. Por lo tanto, tenemos que:

- a. Firma de aceptación del tratamiento del paciente.
- b. Anamnesis: Datos generales, motivo de la consulta, historia de la enfermedad, historia bucodental, historia médica anterior, historia familiar, historia personal.
- c. Examen clínico: Revisión de órganos y sistemas, signos vitales, revisión médica, actitud emocional, examen físico de cara y cuello, examen clínico bucal, conocimiento general de cavidad bucal.
- d. Plan de tratamiento: Plan de tratamiento, presupuesto, control de prostodoncia removible, pasos de laboratorio de prostodoncia fija.
- e. Diagnóstico y pronóstico.
- f. Exámenes complementarios: Exámenes de laboratorio, ficha de control de placa, periodontograma, cariograma, radiografía panorámica o radiografías periapicales.
- g. Firmas del tutor: Firma de concluida la historia clínica, firma de plan de tratamiento, firma de diagnóstico y pronóstico, firma de presupuesto, firma de record de tratamiento realizados, firma de distribución de materiales, firma en carpeta de concluido el tratamiento.

Para etiquetar los acápite en vacío, incompleto o completo se tomó en cuenta la cantidad de información presente. Determinando vacío aquel acápite que no se encontró con información alguna, incompleto al acápite que contenía poca

información, completo corresponde al acápite que contiene toda la información requerida.

Posteriormente se realizó una prueba de piloto, para lo cual se tomaron 5 expedientes clínicos correspondientes a la Clínica De Adulto II del año 2020, que cumplían con los criterios de inclusión, con el fin de verificar si el instrumento era adecuado para recolectar la información requerida y responder a los objetivos del estudio al momento de aplicarla. Una vez validado el instrumento de recolección, se procedió a aplicar dicha ficha en nuestro estudio y posteriormente la recolección de datos.

Una vez ya clasificados los expedientes de acuerdo a los criterios de inclusión, se procedió a revisar los expedientes y se anotó en la ficha recolectora de datos, la información obtenida.

H. Procesamiento de datos:

El procesamiento de la información se basó en la división de la historia clínica en 7 áreas conformadas por diferentes acápites (mencionados anteriormente). A cada acápite se le dio el mismo valor porcentual que resultó de la división del número de acápites contenidos en dicha área entre un total de 100%.

Anamnesis, examen clínico y firmas del tutor están conformadas por 7 acápites con un valor de 14.28% los que se encontraban completos, 7.14% los incompletos y 0% los vacíos. Plan de tratamiento está compuesto por 4 acápites con un valor de 25% si se encuentra completo, 12.5% incompleto y 0% vacío. Diagnóstico y pronóstico está compuesto por dos acápites, cada uno con un valor de 50% si se encuentra completo, 25% incompleto y 0% vacío. Por último exámenes complementarios integra 5 acápites, cada uno con un valor del 20% completo, 10% incompleto y 0% vacío.

Luego de valorar los acápites, se buscó un total de cada área sumando los resultados de los acápites, se detalló el número encontrado en el cuadro de la ecuación en el instrumento de recolección de datos y posteriormente se dividió esa suma entre el número de áreas (7) para obtener el promedio porcentual de la

cantidad de información de cada expediente. Con dicho número, se procedió a etiquetarlo entre los intervalos de cantidad (Vacío, completo, incompleto) y de calidad (eficiente y deficiente)

I. Plan de análisis

La información obtenida, se analizó en el programa SPSS versión 25, presentando los resultados obtenidos en cuadros estadísticos, a través de frecuencias absolutas y relativas.

J. Aspectos Éticos

La revisión de los expedientes estuvo a cargo únicamente por los autores encargados del trabajo investigativo aplicando las siguientes pautas éticas:

- a. Se tomó en cuenta solo el número de expediente, excluyendo nombre del paciente, nombre del alumno y del tutor a cargo.
- b. Se protegió la información personal de cada paciente, pues solo se tomó en cuenta el llenado de esta y no su valor informativo.
- c. El material recopilado fue únicamente de manejo profesional por los autores de la investigación y por el tutor asignado.

VII. Resultados

1. Tabla N°1. Distribución de frecuencia y porcentaje por áreas del llenado de los expedientes clínicos de los pacientes atendidos por alumnos de odontología de UNAN – León en la clínica Atención al adulto I del segundo semestre 2019.

Distribución por áreas.					
		Vacío	Incompleto	Completo	Total
Firma de aceptación	Frecuencia	6	0	49	55
	Porcentaje	10.9%	0%	89.1%	100%
Anamnesis	Frecuencia	1	8	46	55
	Porcentaje	1.8%	14.5%	83.6%	100%
Examen Clínico	Frecuencia	3	13	39	55
	Porcentaje	5.5%	23.6%	70.9%	100%
Plan de tratamiento	Frecuencia	25	29	1	55
	Porcentaje	45.5%	52.7%	1.8%	100%
Diagnóstico y pronóstico	Frecuencia	26	2	27	55
	Porcentaje	47.3%	3.6%	49.1%	100%
Exámenes Complementarios	Frecuencia	5	44	6	55
	Porcentaje	9.1%	80%	10.9%	100%
Firmas	Frecuencia	6	32	17	55
	Porcentaje	10.9%	58.2%	30.9%	100%

- A. Firma de aceptación del paciente es el primer acápite encontrado en el registro de historia clínica, consistiendo en la aceptación del paciente a ser atendido por alumnos supervisados en las clínicas de la universidad. Este está completo en 49 de los 55 expedientes revisados y vacío en 6 de los mismos, correspondiendo a un 89.1% completo y 10.9% vacío.
- B. Anamnesis es la primera área en que se divide el expediente, se encontró 1 archivo vacío abarcando el 1.8%, 8 de los revisados incompletos

reflejando un 14.5% y en su mayoría con 46 de ellos completos correspondiendo a un 83.6%.

- C. El área de examen clínico resultó en 3 vacío que refleja un 5.5%, incompletos se encontraron 13 abarcando el 23.6% y en su mayoría con 39 de ellos completos que corresponde a un 70.9%.
- D. Plan de tratamiento presenta una frecuencia de 25 vacíos reflejando el 45.5%, en 29 de los archivos se encontraron incompletos reflejando la mayoría con un 52.7% y únicamente 1 completo llevándose el 1.8%.
- E. Diagnóstico y pronóstico se presentó vacío en 26 de los archivos revisados, llevándose el 47.3%, 2 estuvieron incompletos arrojando el 3.6% y en su mayoría completos con 27% que representaban el 49.1%
- F. Exámenes complementarios se encontraron que de los 55 archivos revisados, 5 de ellos estuvieron vacíos, representando el 9.1%, la mayoría de 44 incompletos, abarcando el 80% y por último solo 6 se encontraron completos que eran el 10.9%
- G. Las firmas de los tutores estuvieron incompletas en la mayoría de los expedientes con 32 de ellos, correspondiendo a 58.2%, 6 de los archivos tuvieron la sección de firmas vacías abarcando un 10.9% y por último, solo en 17 expedientes estuvieron completas.

2. Tabla N°2 Distribución de frecuencia y porcentaje total del llenado de los expedientes clínicos de los pacientes atendidos por alumnos de odontología de UNAN – León en la clínica Atención al adulto I del segundo semestre 2019.

Etiqueta del llenado final				
	Vacío	Incompleto	Completo	Total
Frecuencia	1	38	16	55
Porcentaje	1.8%	69.1%	29.1%	100%

A. Se obtuvieron resultados al calcular los porcentajes obtenidos de las áreas reflejando el estado general de los expedientes, concluyendo que: 38 se encuentran incompletos, siendo esto el 69.1%, 16 se encuentran completos con un 29.1% y solo 1 se encontró vacío, representando únicamente el 1.8%.

3. Tabla N°3 Calificación de los expedientes clínicos en eficiencia y deficiencia de acuerdo a los porcentajes encontrados sobre el llenado de los expedientes clínicos de los pacientes atendidos por alumnos de odontología de UNAN – León en la clínica Atención al adulto I del segundo semestre 2019.

Calificación de expedientes			
	Deficiente	Eficiente	Total
Frecuencia	40	15	55
Porcentaje	72.7%	27.3%	100%

- A. Al calificar los expedientes se obtuvo que 40 de los 55 revisados se encontraron deficientes con 72.7%, y únicamente 15 de los 55 en total presentaron un resultado eficiente correspondiendo a 27.3%.
- B. Las áreas que presentaron mayor deficiencia fueron “plan de tratamiento y diagnóstico y pronóstico”, ya que en la mayoría de los expedientes la información se encontró vacía o incompleta en mayor porcentaje.

VIII. Discusión de resultados

La historia clínica se ha convertido en la principal herramienta que recolecta información de primera mano sobre el paciente y que brinda el punto de partida para el proceso de diagnóstico. Es acá donde resalta la importancia de un registro que demuestre antecedentes, signos y síntomas, exámenes, diagnóstico y tratamiento del paciente con sumos detalles, permitiendo que cualquier personal de la salud con acceso a ésta, conozca el estado de salud del enfermo y brinde el mejor servicio.

Los resultados de este estudio reflejaron que la mayoría de los expedientes revisados, se encuentran incompletos con 69.1%, y solo el 29.1% se encontró completo. En un estudio realizado en el año 2017 sobre la evaluación del llenado de expedientes clínicos de los pacientes atendidos en clínica de Prótesis Parciales (Prado, 2017) reflejó que el 100% de los expedientes presentaban la información incompleta, por lo que hay un resultado en similitud y es que la mayoría de los objetos estudiados fueron calificados como incompletos, sin embargo, al comparar los resultados se encuentra una marcada diferencia en los porcentajes debido al método de procesamiento de la información. Prado, en 2017 se basó en archivos que tuvieron todas las secciones completas por lo que no encontró ninguno que cumpliera con este criterio de clasificación; a diferencia de este trabajo, se realizó una clasificación basado en porcentajes de cantidad de información. Aunque al igual que la investigación antes mencionada (Prado, 2017), en los objetos de estudio revisados no se encontró ningún expediente completo que reflejara un 100% de información llena, el rango de porcentaje de completo muestra un resultado de 29.1%. Teniendo calificado un total de 16 archivos completos, esto es un bajo número de expedientes que constan de la información necesaria requerida para una correcta historia clínica.

Otro estudio que evalúa el llenado de los expedientes clínicos de odontopediatría (Jessica Altamirano, 2009), reflejó que de los 150 Expedientes Clínicos evaluados, 97 expedientes se encontraron incompletos ya que faltaba uno o más de los elementos que lo integran y solamente 53 expedientes se encontraron completos.

Dichos resultados coinciden con este estudio y el anteriormente mencionado en que, los estudiantes no registran toda la información requerida en el expediente clínico.

Al analizar los expedientes clínicos por área se encontró que: el acápite de firma de aceptación del paciente se encontró lleno con mayor frecuencia, estando 49 expedientes completos de los 55 revisados, esto equivale a 89.1%. Se encontró una similitud en el estudio realizado por (Prado, 2017) con 89.3% de expedientes completos. Lo cual nos indica que la mayoría de los estudiantes tienen el conocimiento y ponen en práctica la utilidad de este acápite.

La siguiente área que presentaba la información completa, en la mayoría de los expedientes fue anamnesis con 83.3%, aunque, se encontró 14.5% incompleto y 1.8% vacío. Se considera que este resultado es aceptable, ya que en la mayoría está completo, pero aun así existe un déficit en el llenado de ésta. Sin embargo un estudio realizado en las clínicas de cirugía oral sobre la evaluación del registro de historia clínica (Valeria Nazaret Cerda, 2012), obtuvo resultados discrepantes con solo 37% completos en comparación con los obtenidos en este estudio. Esto podría ser porque en el área de cirugía oral los estudiantes cuentan con menos tiempo para realizar el llenado de los datos del paciente, en cambio las clínicas de adulto I cuentan con mayor tiempo en los turnos clínicos para hacerlo.

El área que presento menor cantidad de información fue “plan de tratamiento“, estando completo solo 1 de los 55 expedientes revisados, lo que equivale al 1.8%. Siendo el resultado más preocupante. Como se mencionó antes, en esta área se tomó en cuenta: hoja de plan de tratamiento, presupuesto, control de prostodoncia removible y pasos de laboratorio de prostodoncia fija. Se considera que dichos resultados obtenidos pueden deberse a dos factores: los estudiantes, por falta de orientación y conocimiento sobre el contenido presente en las hojas de prostodoncia, no llenan estos acápites, y segundo porque los tutores no verifican que el plan de tratamiento esté completo.

Con respecto a la calificación de los expedientes se obtuvo que solo 15 de 55 expedientes revisados son eficientes equivalente a 27.3%, y 40 de los 55 fueron deficientes con 72.7%. Se considera que esto se debe, a que los estudiantes cuentan con tiempo reducido para realizar el llenado de los expedientes. Esta es una clínica que involucra muchos tratamientos de diferentes áreas por ende, los estudiantes deben cumplir con la mayoría los requisitos en un tiempo determinado.

IX. Conclusiones

1. El llenado de los expedientes de la clínica adulto I es deficiente
2. La mayoría de los expedientes revisados por área no contienen la información completa, siendo plan de tratamiento seguido de diagnóstico y pronóstico los que se encuentran con menor cantidad de información. Sin embargo, existen áreas que contienen un alto porcentaje de información, como firma de aceptación del paciente y anamnesis, las área más completa en la mayoría de los expedientes.

X. Recomendaciones:

1. A los estudiantes:

- A. Que tomen en cuenta la importancia de un llenado completo del expediente clínico, ya que este documento ayuda a realizar un mejor diagnóstico y así mismo orienta un plan de tratamiento adecuado.
- B. Dediquen el tiempo necesario para realizar el registro completo de la historia clínica.
- C. Al momento de llenar el expediente, si se les presenta alguna duda que pidan orientación al tutor a cargo, para realizar un correcto llenado.

2. A los docentes:

- A. Verifiquen el llenado completo de los expedientes clínicos.
- B. Antes de que el estudiante inicie el llenado del expediente clínico, asegurarse que tengan el conocimiento necesario para poder hacer un registro adecuado.

XI. Bibliografía.

- Aguilar Morales, R. C. (2007). "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). Leon, Nicaragua.
- Alejandro Botero, T. R. (s.f.). *Manual historia clinica odontologica*. Colombia: fundacion universitaria Autonoma de las Americas.
- Anonimo. (junio de 2011). *SlideShare*. Obtenido de Plan de Tratamiento: <https://es.slideshare.net/eloger/plan-de-tratamiento>
- Arias., G. F. (2012). La Historia clinica: elementos fundamentales del acto médico. *Revista Colombiana*.
- barcelona, E. d. (22 de junio de 2017). *Estudi Dental Barcelona*. Obtenido de ¿QUÉ SON LOS MODELOS DE ESTUDIO EN ORTODONCIA Y PARA QUÉ SE UTILIZAN?: <https://estudidentalbarcelona.com/los-modelos-estudio-ortodoncia-se-utilizan/#:~:text=Los%20modelos%20de%20estudio%20o,la%20estructura%20dental%20del%20paciente.&text=Estos%20modelos%20de%20estudio%20permiten,del%20paciente%20C%20de%20manera%20tridimension>
- Bembibre, C. (junio de 2017). *Definicion ABC*. Obtenido de Definicion de Diagnostico: <https://www.definicionabc.com/general/diagnostico.php>
- Chímenos, E. (s.f.). *La historia clinica en odontologia*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Clinic Cloud. (2018). *Clinic Cloud*. Obtenido de La Historia Clinica dental Odontologica: <https://clinic-cloud.com/historia-clinica-dental-odontologica/>
- Colgate. (2018). *Colgate*. Obtenido de ¿Qué es una radiografía dental panoramica?: <https://www.colgate.com/es-uy/oral-health/procedures/x-rays/what-is-a-panoramic-dental-x-ray>
- Cosme Gay Escoda, L. B. (2006). *Tratado de Cirugía Bucal. Volumen 2.*. Editorial Océano.
- Dr Esquivel, D. C. (2010). *Manual clinico de Periodontograma*. León.
- Dra. Gloria Lopez, D. O. (2017). Variabilidad de la clasificación del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos entre los. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 191.
- Gehrig, D. J. (2018). *Propedeutica clinica odontologica* (4ta edición ed.).
- Jessica Altamirano, H. A. (2009). *Evaluación del llenado de los expedientes clinicos de Odontopediatria I de la UNAN - León en el primer semestre del año 2009*. León, Nicaragua.
- Máximo J. Gglio, L. N. (2000). *Semiología en la práctica de la Odontología*. Editorial Interamericana.

- Novás, D. J. (2004). El pronóstico . *Scielo*.
- Nuñez, M. A. (2014). *Comparación clínica, radiográfica convencional y digital de las reabsorciones radiculares en dientes deciduos de pacientes que acuden al hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - 2012*. San Marcos, lima - Perú.
- Prado, B. G. (2017). *Evaluacion del llenado de expedientes clinicos de los pacientes atendidos en la clinica de prótesis parciales por los estudiantes de IV curso de la carrera de odontología en el primer semestre del año 2017*. León.
- Robles, R. (30 de noviembre de 2019). *Odontolify*. Obtenido de La importancia de la Historia clinica dental: <https://www.odontalify.com/salud/historia-clinica-dental/>
- Sanitas. (2015). *Sanitas, parte de Buppa*. Obtenido de Periodontograma: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/dental/tratamientos-dentales/periodoncia/periodontograma/index.html>
- Sanitas. (julio de 2016). *Sanitas, Clinicas dentales*. Obtenido de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/radiografia-periapical.html>
- Trejos, B. G. (2018). *Evaluacion del llenado de expedientes clinicos de los pacientes atendidos en clinica de protesis parciales por los estudiantes del IV curso de la carrera de odontologia, de la UNAN -I leon en el primer semestre 2017*. León, Nicaragua.
- Universidad de Antioquia. (s.f.). *Facultad de Odontologia, Universidad de Antioquia*. Obtenido de Historia Clinica, Anamnesis: <http://docencia.udea.edu.co/odontologia/HistoriaClinica/anamnesis.html>
- Valeria Nazaret Cerda, S. B. (2012). *Evaluacion del registro de Historia Clinica de Cirugia Oral Realizada por los alumnos de V año de la facultad de odontologia de la UNAN leon julio - noviembre del año 2010*. leon, nicaragua.

XII. Anexos.

1. Operalización de variables

Variable	Concepto	Indicador	Valor
Cantidad del llenado del expediente clínico.	Propiedad que permite valorar la cantidad de información en el expediente clínico.	Se observará si está completa, incompleta o vacía la información en cada una de las áreas que componen el expediente clínico, calculando en promedios el llenado de los acápite que conforman a cada área. Siendo Completo 81- 100% Incompleto: 41-80% Vacío: 0-40% <ul style="list-style-type: none"> • Firma de aceptación de paciente. • Anamnesis. • Examen clínico. • Plan de tratamiento. • Diagnóstico y Pronóstico • Exámenes complementarios • Firmas del tutor 	Completo Incompleto Vacío

Ficha de recolección de datos.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. UNAN-León.

Ficha de registro de expedientes clínicos de pacientes atendidos en las Clínicas Adulto I del segundo semestre en las clínicas multidisciplinarias de la Facultad de Odontología

Ficha recolectora de datos N° _____ N° expediente: _____

Secciones	Acápite vacío	Acápite incompleto	Acápite completo	Porcentaje
HISTORIA CLÍNICA				
PRÓTESIS				
Carpeta				
Firma de aceptación de tratamiento del paciente				
Datos generales				
Motivo de la consulta				
Historia de la enfermedad				
Historia bucodental				
Historia médica anterior				
Historia familiar				
Historia personal				
Revisión de órganos y sistemas				
Signos vitales				
Exámenes de laboratorio				
Revisión medica				
Actitud emocional				
Examen físico de cara y cuello				
Examen clínico bucal				
Conocimiento general cavidad bucal				
Plan de tratamiento				
Diagnóstico y pronóstico				
Presupuesto (Hoja formato de pago)				
Control de prostodoncia				
Pasos de laboratorio de prostodoncia fija				
Ficha de control de placa				
Periodontograma				
Cariograma				
Tratamientos realizados				

Radiografías periapicales	Si	No	
Radiografía panorámica	Si	No	

<i>Firmas del tutor</i>		
	Si	no
Firma de concluida la historia clínica		
Firma de plan de tratamiento		
Firma de diagnóstico y pronostico		
Firma de presupuesto (hoja de formato de pago)		
Firma de record de tratamientos realizados		
Firma de distribución de materiales		
Firma en carpeta de concluido el tratamiento		
Total porcentaje		

ÁREAS (porcentajes)

	Total
Firma del paciente	
Anamnesis	
Examen clínico	
Plan de tratamiento	
Diagnóstico y pronostico	
Exámenes complementarios	
Firmas del tutor	
Total (suma)	

Completo 81% - 100%: _____

Incompleto 41% - 80%: _____

Vacío: 0%- 40%: _____

Eficiente: 81% - 100% _____

Deficiente 0% - 80%: _____



Suma de los totales de las áreas.

Numero de Áreas. (7)

Porcentaje general por expediente.

2. Proceso de recolección de datos por los alumnos encargados de la investigación en la oficina de archivos del las clínicas multidisciplinarias de la facultad de odontología UNAN-León

