

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Facultad de Odontología



Monografía para optar al título de Cirujano Dentista

“Frecuencia del llenado de acápite de los expedientes clínicos en pacientes infantiles, en una Universidad Pública de Nicaragua, en el segundo semestre del año 2022.”

Informe Final

AUTORES

Br. Carlos Antonio Bejarano Baltodano.

Br. Cristhy Iseth Yuritzza Valladares.

Br. Wilthon Uriel Zeledón Rosales.

TUTOR:

Dr. Ricardo Delgadillo.

León, 4 septiembre, 2023

“2023 Todas y Todos Juntos Vamos Adelante”

Resumen

El objetivo de esta investigación fue encontrar la Frecuencia del llenado de acápite de los expedientes clínicos en pacientes infantiles, en una Universidad Pública de Nicaragua, en el segundo semestre del año 2022. El estudio es Descriptivo de corte transversal en total se captaron 30 expedientes cumpliendo los criterios estipulados. Los datos fueron recolectados mediante fichas, la información obtenida se tabulo y analizo en el programa estadístico SPSS versión 21. Se encontró que los estudiantes se inclinaban por el llenado del Odontograma siendo esta la información más completa y la más incompleta fue Estudio Radiográfico teniendo poca información y sin radiografías anexadas, también se encontró que un mayor porcentaje de documentos tenían la firma del representante legal en sus expedientes clínicos.

Palabras claves: Expedientes clínicos, acápite, llenado, frecuencia.

Agradecimientos y Dedicatoria

A Dios padre todo poderoso por darnos la fortaleza; sabiduría que necesitábamos en el transcurso de la carrera.

A nuestros padres que siempre estuvieron de manera incondicional apoyándonos en nuestras decisiones.

A nuestros tutores por darnos esa guía, haciendo posible este trabajo de investigación.

A los Docentes que nos acompañaron en todo el transcurso de la carrera.

ÍNDICE

RESUMEN

CARTA DE AUTORIZACION DEL TUTOR

AGRADECIMINETO Y DEDICATORIA

I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS.	3
A. GENERAL:	3
B. ESPECÍFICOS:	3
III. MARCO TEÓRICO	4
A. CONCEPTO	4
B. LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA HISTORIA CLÍNICA PERMITIRÁ:	4
C. FINALIDAD Y USO DE LA HISTORIA CLÍNICA:	5
D. ACÁPITES DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	5
1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	5
2. DATOS GENERALES.....	6
3. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	6
4. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES.....	7
5. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS	8
6. ALIMENTACIÓN.....	8
7. EXAMEN CLÍNICO	8
8. OCLUSIÓN	12
9. PLANO TRANSVERSAL	13
10. PLANO VERTICAL.....	13
11. HÁBITOS	14
12. EXAMEN RADIOGRÁFICO.....	17
13. MODELOS DIAGNÓSTICOS	18
14. LISTA DE PROBLEMAS	18
15. CONTROL DE PLACA	18
16. ODONTOGRAMA	18
17. PLAN DE TRATAMIENTO	19
E. DIAGNÓSTICO	22
F. PRONÓSTICO	22
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	23
A. TIPO DE ESTUDIO:	23

B. ÁREA DE ESTUDIO:	23
C. POBLACIÓN DE ESTUDIO:	23
<i>D. TIPO DE MUESTRA:.....</i>	<i>23</i>
<i>E. MUESTREO:</i>	<i>23</i>
F. UNIDAD DE ANÁLISIS:	23
G. FUENTE DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN:	23
<i>H. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....</i>	<i>23</i>
I. CRITERIO DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN	24
1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	24
2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	24
J. MÉTODO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:	24
K. ASPECTOS ÉTICOS:	25
L. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	25
<i>V. RESULTADOS</i>	<i>26</i>
<i>VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</i>	<i>29</i>
<i>VII. CONCLUSIÓN.....</i>	<i>30</i>
<i>VIII.RECOMENDACIONES.....</i>	<i>31</i>
<i>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>32</i>
<i>X. ANEXOS.....</i>	<i>35</i>
A. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	35
B. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
C. TABLAS DE FRECUENCIA DEL LLENADO DE LOS ACÁPITES	40
TABLA 1	40

I. INTRODUCCION

El Expediente Clínico, es el documento médico legal que permite disponer de un registro organizado del proceso salud-enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron; hace un relato patográfico individual, en donde se registran las etapas del estado clínico y de la evaluación cronológica del caso, hasta su solución parcial o total; mide el desempeño de los diferentes servicios que intervienen, así como las omisiones o deficiencias encontradas; es un instrumento para la enseñanza médica y la investigación clínica; es de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución (Cerecedo, 2002, p.1).

En la facultad de odontología, los estudiantes deben llenar el expediente clínico desde la primera vez que el paciente asiste a su consulta, el documento consta de: Consentimiento informado, Datos generales, Antecedentes obstétricos, Antecedentes médicos personales, Antecedentes odontológicos, Alimentación, Examen clínico, Oclusión, Plano Transversal, Plano Vertical, Hábitos, Examen radiográfico, Modelos diagnósticos, Lista de problemas, Control de placa dentobacteriana, Odontograma, Plan de tratamiento, Hoja de diagnóstico y pronóstico.

En odontología, la documentación clínica incluye, además del estado general del paciente, la salud bucal y datos específicos, que pueden variar según el área de intervención. Este documento también sirve como respaldo en caso de alguna complicación, a través del mismo se informa al paciente de todos los pasos a realizar y se solicita su consentimiento, por lo que se considera necesario presentar todos los datos de forma detallada, completa y ordenada. Sin embargo, se ha observado que algunos estudiantes no llenan todos los acápites que corresponden a la Historia Clínica, por diferentes factores. Ante estas circunstancias nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la frecuencia del llenado de acápites de los expedientes clínicos en pacientes infantiles de una Universidad Pública, en el segundo semestre del año 2022?

Al realizar una revisión bibliográfica de los posibles antecedentes de estudios, el más allegado a nuestra investigación fue:

Evaluación de llenado de los expedientes clínicos de Odontopediatría I de la UNAN-León en el primer semestre del año 2009 realizado por **Jessica Marbely Altamirano Amaya, Hazel Mercedes Alvarado Gómez**, cuyo objetivo general fue evaluar el llenado de los expedientes clínicos de Odontopediatría I de UNAN-León en el primer semestre.

Considerando la importancia del llenado de cada acápite del expediente clínico, y suponiendo que no se registran todos los datos solicitados, el presente trabajo investigativo tiene como propósito identificar la frecuencia del llenado de los diferentes acápites de los expedientes clínicos. Los datos obtenidos podrán ser utilizados a beneficio del estudiante, para así obtener una mejor recopilación de información al paciente, permitiendo al alumno: obtener un diagnóstico correcto, la elaboración del plan de tratamiento y el éxito en la relación clínico-paciente.

II. Objetivos.

A. General:

Determinar la frecuencia del llenado de acápite de los expedientes clínicos en pacientes infantiles, en una Universidad Pública de Nicaragua, en el segundo semestre del año 2022.

B. Específicos:

- Identificar la frecuencia del llenado de acápite que se encuentra más completo en el expediente.
- Obtener la frecuencia del llenado de acápite que se encuentra más incompleto en el expediente.
- Determinar la frecuencia del expediente que presenta la firma del representante legal por paciente infantil.

III. Marco teórico

A. Concepto

La historia clínica odontológica, o historia clínica odontológica, es un documento que recoge toda la información sobre la salud dental de un paciente. El historial dental comienza cuando el paciente visita al dentista por primera vez y se actualiza con cada nueva visita (Cerecedo Cortina, 2002, p.1).

La historia clínica es un documento médico cuyas aplicaciones son numerosas, imprescindibles para la asistencia, básico para la investigación, básica en epidemiología, puede servir para la divulgación, reviste importancia médico-legal y constituye un documento didáctico, mediante en que el maestro y alumno cultivan sus habilidades en el aspecto del razonamiento clínico y en el autoaprendizaje. Es el punto de partida del razonamiento médico, pues cada dato que se capta da lugar a interferencias que generan hipótesis, con modalidades de ratificación o rectificación (Cerecedo Cortina, 2002, p.1).

B. La información contenida en la historia clínica permitirá:

Consulta integral para que en una búsqueda se puedan recuperar todos los datos de un mismo paciente, independientemente de su origen temporal o de la unidad o servicio en el que hayan sido recogidos.

Su consulta coherente y ordenada, en la que todas las notas incluirán la fecha, identidad del ejecutante y afiliación, servicio o centro de salud.

Tu consulta selectiva y diferenciada por eventos de enfermería que forman un bloque homogéneo de información que contiene todos los datos generados durante un periodo de tiempo concreto por un motivo médico concreto y una forma de atención concreta: asistencia en urgencias, hospitalaria, ambulatoria, hospitales etc. (Gisbert, 2004).

C. Finalidad y uso de la historia clínica:

Asegurar y promover la asistencia sanitaria más adecuada y de mayor calidad para los pacientes y usuarios. Se trata de una herramienta cuyo fin fundamental es ayudar a garantizar la mejor atención posible al paciente, por lo que todos los profesionales del centro implicados en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes deben tener acceso a la historia clínica y redactar los resultados de su aplicación en el formulario correspondiente (Buitrago, G. A, 2011).

Recoger todos los datos de interés sobre el estado de salud o enfermedad de una persona que consulta o recibe asistencia sanitaria.

Como fuente de información:

- A todos los profesionales que integran el equipo de atención al paciente para que se mantengan informados de todos los acontecimientos que se produzcan.
- Si el paciente cambia de centro o médico, el traslado de la historia clínica proporcionará al nuevo equipo médico toda la historia clínica.
- Servir como fuente de información para extraer de ella los datos que permitan emitir certificaciones o informes sobre el estado sanitario del paciente, con fines diversos (Bezerra da Silva, 2005).

D. Acápites del expediente clínico

1. Consentimiento informado

La asistencia sanitaria ha evolucionado desde un paternalismo terapéutico en el que médicos y profesionales sanitarios determinan lo que es mejor para el paciente sin su colaboración hasta el punto de que toda acción terapéutica gira en torno a un eje de conducta consentida (Vera carrasco, 2016).

Ante todo, el consentimiento informado es un imperativo moral, ya que se debe proporcionar al paciente y a sus familiares o allegados la información sobre su procedimiento, tanto de forma oral como escrita, pero siempre de forma comprensible, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y posibles Opciones de tratamiento. , el paciente tiene derecho a elegir libremente entre las opciones que le ofrece el médico responsable (Chimenos Kustner, 2002).

2. Datos generales

Son datos necesarios para facilitar la relación con el paciente. Se requiere el nacimiento del niño además de información básica como nombre y apellido del niño y de los padres, domicilio para envío de cartas, teléfono de contacto (en caso de que se deba cambiar la cita), pediatra que atiende habitualmente al niño, y fecha. Esto (más útil que la edad en el caso de los niños). Para fortalecer la relación con el niño, es conveniente preguntar el nombre o inicial del niño en el ámbito familiar, sus aficiones, los deportes que practica y el motivo por el cual fue llevado al Odontopediatra, que constituyen preocupaciones para el paciente o sus padres, por lo que es importante conocerlo y documentarlo en la historia clínica, dependiendo del tipo de problema expuesto, cuándo se presentó, su evolución y las medidas correctoras que se hayan aplicado hasta acudir a consulta (Chimenos Kustner, 2002).

3. Antecedentes obstétricos

La historia prenatal debe incluir información relacionada con el embarazo, como su duración, enfermedades maternas y medicamentos tomados durante este período.

En la historia interparto, la información obtenida se relaciona con el tipo de parto, las posibles complicaciones durante o después del parto, la condición del niño al nacer y el tipo de lactancia materna empleada. Esta información es importante porque ocurren algunos cambios en el tejido dental; por ejemplo, anomalías en el color, la forma y la estructura están asociadas con el uso de ciertos medicamentos, enfermedades virales o bacterianas y problemas metabólicos que ocurren durante el embarazo o la niñez. También pueden estar relacionados con procedimientos realizados durante o después del parto, como la intubación del bebé, que en algunos casos puede lesionar el germen

del diente temporal, Además, la utilización de fórceps durante el parto, puede ocasionar lesiones traumáticas en la zona de la articulación temporomandibular (Cárdenas Jaramillo, 2003).

El conocimiento de la historia médica postnatal es de fundamental importancia para implementar un tratamiento odontológico seguro y eficiente, que a pesar de su brevedad debe incluir aspectos pasados y presentes. Las informaciones pueden obtenerse a través de un cuestionario estándar, que de ser necesario, se profundiza en determinados tópicos. Se debe investigar inicialmente si el niño está bajo supervisión médica y, en caso afirmativo, cuál es el tratamiento a seguir, el médico responsable y su teléfono. A continuación, se debe indagar sobre la medicación actual, tanto eventual como permanente, y las reacciones adversas o alérgicas a medicamentos (Cárdenas Jaramillo, 2003).

El hecho de que el niño haya sido hospitalizado, sometido a anestesia general, transfusiones de sangre o intervenciones quirúrgicas con antelación, debe investigarse, pues puede haber traumatizado al niño desde el punto de vista psicológico. En estos casos el ambiente clínico odontológico puede desencadenar algún tipo de reacción negativa. Para terminar, todo problema sistémico, bien sea de naturaleza neurológica, cardiopatías congénitas o adquiridas, disturbios sanguíneos, afecciones pulmonares, renales y hepáticas, así como diabetes, fiebre reumática, sífilis, hepatitis e infección por VIH, entre otras, deben investigarse además del estilo de vida que contribuya a la enfermedad actual. Una forma sencilla para detectar la presencia de disturbios hemorrágicos es preguntando a los padres si el niño sangra mucho al herirse y, en caso afirmativo, una hematología completa deberá realizarse antes de someter al paciente a procedimientos invasivos tales como las extracciones dentales (Cárdenas Jaramillo, 2003).

4. Antecedentes médicos personales

Registrar la información de salud de una persona. Un historial médico personal puede incluir información sobre alergias, enfermedades, cirugías, vacunas y exámenes físicos y resultados de pruebas. A veces, también incluyen información sobre los medicamentos que toma la persona y sus hábitos de salud, como la dieta y el ejercicio.

El historial médico familiar incluye información de salud de parientes cercanos (padres, abuelos, hijos y hermanos) (Kastz, 1981). Esto incluye sus enfermedades actuales y pasadas. Los antecedentes familiares pueden indicar cómo se transmiten ciertos trastornos en la familia. También llamado historial de salud (Botero, 2007).

5. Antecedentes odontológicos

Debe revisar las experiencias pasadas relacionadas con los procedimientos dentales, incluido el tipo de tratamiento dental que su hijo haya tenido anteriormente, el tipo de medidas de control del dolor utilizadas, el manejo del comportamiento y la actitud del paciente hacia el tratamiento. Aquí es donde se deben preguntar los factores generales que inciden en la salud bucal del niño, como las actitudes hacia la higiene bucal, la alimentación, la presencia de hábitos nocivos, etc. La historia dental también debe identificar explicaciones para condiciones raras como: caries rampante, desgaste atípico, recesión gingival etc. (Pinkham, 1996).

6. Alimentación

Después de recibir los registros dietéticos, los dentistas, los pacientes y los compañeros analizan los registros e identifican los alimentos y bebidas azucarados. El efecto del azúcar en la producción de ácido en las biopelículas se explica al paciente en un lenguaje fácil de entender. En segundo lugar, se debe prestar atención a la ingesta diaria de azúcar y se recomienda reducir la frecuencia de la ingesta de alimentos durante el día o durante el sueño para ayudar a reducir y controlar los desafíos cariogénicos. Los consejos dietéticos incluyen información sobre el consumo de azúcar solo durante las comidas y la sustitución de alimentos azucarados con cosas como verduras, frutas y legumbres. Los pacientes con caries inactiva no necesitan cambiar su dieta. Al mismo tiempo, si se descuida la higiene bucal, el niño y su familia se dan cuenta de la importancia de reducir la ingesta de azúcar (Chimenos Kustner, 2002).

7. Examen clínico

Comprende seis secciones principales: evaluación de la conducta, apreciación general y exámenes físicos y radiográficos de cabeza, cuello, faciales e intrabucales. La

evaluación general y el examen efectuado en el consultorio brindan dos oportunidades para observar el comportamiento y efectuar una valoración inicial de la capacidad posible para cooperación (Finn, 1982).

- **Evaluación de la conducta:** La evaluación general y el examen efectuado en el consultorio brindan dos oportunidades para observar el comportamiento y efectuar una valoración inicial de la capacidad posible para cooperación (Finn, 1982).

- **Apreciación general:** Aquí se presta atención al estado físico y al comportamiento. Entre los datos clásicos de estos aspectos están el modo de andar, la talla y la presencia de signos y síntomas evidentes de enfermedad. El niño normal de tres a seis años de edad camina bien, presenta coordinación adecuada en labores sencillas, es agradable y su aspecto revela buena salud física. El odontólogo debe incorporar estos parámetros a nivel mental en un perfil de evaluación del paciente. La apreciación general se realiza en la sala de espera, o en un medio similar no atemorizante. Debe ir seguida de la aclaración de cualquier dato anormal y el análisis de los problemas posibles de conducta, con los padres (Finn, 1982).

Los signos vitales poseen una función doble en la valoración general. En primer lugar, identifican anomalías; en segundo, constituyen una función médico-legal que aporta información inicial sobre la salud en situaciones urgentes. Cuando el niño se encuentra intranquilo o ansioso, los signos vitales pueden alterarse. Es posible posponer el registro de signos como la presión arterial, el pulso y la respiración, hasta que el niño se acostumbre al ambiente, pero es necesario obtenerlo antes de administrarle medicamento alguno. También se debe cuantificar el peso, y registrarlo en un sitio muy visible en el expediente, con el propósito de usarlo en una urgencia (Finn, 1982).

- **Examen intrabucal:** El instrumental para el examen intrabucal incluye espejo, explorador, una gasa y sonda periodontal. Otros materiales que pueden requerirse son: solución reveladora, hilo dental y cepillo, y una cureta. El examen intrabucal comienza con un recorrido alrededor de la boca; se observa su arquitectura

general y función. Antes de colocar instrumentos en ella se requiere tratar de identificar con los dedos, anomalías de tejidos blandos. Los pacientes de este grupo etario a menudo permiten una inspección bucal de "nomas con los dedos", y el odontólogo puede aprovechar la oportunidad para obtener su cooperación para el uso del espejo y el explorador. El espejo debe ser el primer instrumento introducido; el niño suele aceptarlo sin problemas, por estar familiarizado con él (Vera Carrasco, O. 2016).

Los niños pequeños en ocasiones no cooperan; en tal caso debe tomarse pronto una decisión acerca del control de la conducta. Es posible emplear la ayuda de los padres con el objeto de lograr un examen de la cavidad bucal. El uso de restricción física por el odontólogo, sin consentimiento de los padres, es riesgoso y no se recomienda (Finn, 1982).

- **Exploración de los tejidos blandos:** La exploración de la mucosa oral se realiza a partir del interior de los labios y continuando por la mucosa de los carrillos y los surcos alveolares; incluye su inspección y palpación para comprobar la existencia de cambios de coloración en su superficie, áreas inflamadas, ulceraciones, fístulas, mordeduras, etc.; la existencia de abultamientos y tumefacciones puede ponerse de manifiesto colocando el índice a nivel vestibular y palpando bidigitalmente a nivel de los carrillos (Boj Quezada J. R, 2021).

La orofaringe debe ser inspeccionada para comprobar si su coloración es normal y si el tamaño de las amígdalas es el apropiado o presenta signos de inflamación o hipertrofia amigdalar, que pueden repercutir en la posición de la lengua (baja y adelantada) (Finn, 1982).

Las encías por su inmediata relación con los dientes son frecuente asiento de inflamaciones vestibulares, origen, en ocasiones, de trayectos fistulosos por patología pulpar o periodontal; también en ellas pueden localizarse lesiones inflamatorias, herpéticas, aftosas o de otra naturaleza, pueden sufrir aumentos de volumen (hipertrofia), localizados o generalizados, de origen infeccioso o medicamentoso, así como recesiones por patología interradicular, inserción de frenillos etc. (Finn, 1982).

La exploración de los frenillos pondrá de manifiesto su relación con los dientes y la encía adherida especialmente en la región anterior y en ocasiones asociados con la presencia de defectos mucogingivales (incisivos inferiores) o diastemas (incisivos centrales maxilares) (Finn, 1982).

También pueden ser asiento de úlceras traumáticas. La exploración debe centrarse fundamentalmente en los labiales superior e inferior y en el lingual. Al explorar los frenillos labiales, comprobaremos su tamaño normal, corto, hipertrófico, así como su inserción apical, gingival o profunda, mediante la tracción suave y observando la isquemia en el periodonto; también se ha de verificar el grado de movilidad y el tamaño del frenillo lingual mediante una cuidadosa tracción de la lengua (Finn, 1982).

La exploración ha de extenderse a las glándulas salivares: parótidas y submaxilares. La exploración comprende la inspección y la palpación de éstas y la desembocadura de los conductos salivares para descartar la presencia de la patología más común: inflamatoria y cálculos. La saliva ha de ser examinada en cantidad y densidad, exploración que ha de ser más exhaustiva si la patología así lo aconseja (Finn, 1982).

- **Exploración dentaria:** Una parte importante de la exploración intraoral en el niño se centra en los dientes. La exploración dentaria es uno de los apartados de la exploración intraoral que puede estar más afectado por la naturaleza en continuo cambio del niño. El odontólogo debe estar preparado para reconocer las características de normalidad de cada una de las etapas por las que pasa la dentición del niño y recordar que determinadas condiciones anómalas pueden ser pasajeras, y no debe interferirse en lo que puede ser un desarrollo dentario normal. Por ello, uno de los primeros objetivos que hemos de lograr tras una primera evaluación dentaria es establecer la etapa de desarrollo dentario del niño, su edad dental (Finn, 1982).

La exploración de los dientes debe reunir también una sistemática en la que primero hemos de considerar cada diente de manera individual, de forma que cada uno debe ser contado e identificado individualmente, para posteriormente, considerarlos integrados dentro de cada arcada y por último en su relación interarcadas. De este

modo es posible llevar a cabo una evaluación dentaria que detecte tanto problemas individuales como generalizados, de oclusión e higiene (Finn, 1982).

Emplearemos las maniobras básicas exploratorias de inspección y palpación de cada uno de los dientes, a las que de modo habitual suele añadirse la percusión ante la sospecha de patología, en la que pueda resultar de utilidad, como la anquilosis, de presentación relativamente frecuente en dentición temporal (Finn, 1982).

La exploración dentaria individual ha de atender a las variaciones en número, forma y tamaño, color y estructura superficial. Por uno de los motivos que ya hemos descrito, al iniciar la exploración ha de contarse el número de dientes presentes e identificar los primarios de los permanentes; con ello determinamos clínicamente el grado de desarrollo dental, la edad dental del niño. Los dientes presentes han de ser recogidos en los diagramas, con el fin de que este registro inicial pueda servir como elemento de comparación en sucesivas visitas (Finn, 1982).

8. Oclusión

- **Evaluación oclusal:** Otra parte del examen intraoral es el análisis sistemático de la oclusión en tres planos espaciales. Además, cada arcada fue estudiada individualmente para caracterizar la forma y simetría de la arcada, el espaciamiento y el apiñamiento, y la presencia o ausencia de dientes. Los análisis de la arcada se realizan mejor en modelos de estudio de diagnóstico; sin embargo, obtenerlos generalmente no es necesario para este grupo de edad, a menos que se requiera aclarar los datos o se considere el movimiento de los dientes (Camerún, 1998).
- **Disposición:** La clasificación de los arcos dentales incluye forma de U y forma de V. La mandíbula inferior casi siempre tiene forma de U, mientras que la mandíbula superior puede tener cualquiera de las dos. La arcada dentaria debe ser simétrica en sus dimensiones anteroposterior y transversal. Se compara un solo diente con su contraparte para determinar si existe simetría anteroposterior y transversal (Camerún, 1998).
- **Dimensión anteroposterior:** Después de examinar la simetría, el espaciamiento y la cantidad de dientes en los arcos superior o inferior, se analizan en conjunto.

En la dimensión anteroposterior se establecen las relaciones de los molares y los caninos y se comparan con la clasificación esquelética. En la dentición primaria, la relación de los molares recibe el nombre de plano terminal recto, escalón mesial o escalón distal. Los caninos primarios se clasifican como clase I, clase II, clase III, o cúspide con cúspide. Estas clasificaciones dentales reflejan a menudo la clasificación esquelética (Camerún, 1998).

Las relaciones de los molares primarios, determinadas por las superficies distales de los segundos molares primarios, ameritan atención no solo porque describen la relación de los dientes inferiores con los superiores, sino también porque estas superficies guían a los molares permanentes hacia la oclusión y determinan sus relaciones. El registro de estas relaciones permite seguir los efectos del crecimiento o del tratamiento (Camerún, 1998).

La sobremordida horizontal o traslape horizontal de los incisivos superiores e inferiores, se mide en milímetros. Puede ser más útil hacerlo en términos de ideal, excesivo o deficiente, en lugar de la medición milimétrica. La posición incisiva debe describirse como normal, protrusiva, cuando hay inclinación vestibular, o retrusiva, si su inclinación vertical es excesiva (Camerún, 1998).

9. Plano transversal

Examine la relación lateral del arco dental para evaluar las diferencias en las mordidas cruzadas de la línea media y posterior. Compare la línea media de un arco con el otro y el plano medio sagital. En la dentición decidua temprana, rara vez se observa una línea media excesivamente pobre y el médico debe sospechar una desviación mandibular; la presencia de esta afección generalmente indica una mordida cruzada posterior. Cuando se identifica una mordida cruzada posterior, un profesional debe tratar de determinar su causa (Camerún, 1998).

10. Plano vertical

La sobremordida de la superposición vertical de los incisivos principales se midió y registró en milímetros o como porcentaje de la longitud total de las coronas de los incisivos inferiores, que fue de 2 mm en la dentición temporal. Una mordida profunda

corresponde a una superposición vertical completa o casi completa de los incisivos principales (Camerún, 1998).

Las mordidas anteriores o la falta de superposición vertical suelen indicar un hábito de succión en este grupo de edad. Cuando los pacientes y sus padres niegan la existencia del hábito de succión, se justifica una mayor investigación sobre la causa de la apertura y el cierre. La maloclusión esquelética, las fracturas condíleas y las enfermedades degenerativas, como la artritis reumatoide juvenil, pueden conducir a la astillación y requieren investigación (Camerún, 1998).

11. Hábitos

- **Comportamiento verbal no compulsivo:** los niños experimentan cambios de comportamiento permanentes que les permiten deshacerse de ciertos malos hábitos y desarrollar otros nuevos socialmente aceptables. El éxito inicial puede reforzar el nuevo paradigma o inducir el cambio a través de la adulación y, en algunos casos, la amenaza de un castigo severo. El desarrollo del carácter sutil o no tan sutil de un niño continúa hasta la edad adulta, ya que el niño está expuesto a la presión externa de los padres, los compañeros de juego y el salón de clases. Los hábitos en el patrón de comportamiento de un niño que son fáciles de adquirir o abandonar a medida que el niño madura se denominan no forzados. Estas situaciones no suelen provocar reacciones anormales, y en estos casos se entrena al niño para que cambie de hábitos personales previamente aceptados a nuevos patrones de comportamiento más acordes con su mayor madurez y sentido de la responsabilidad (Pinkham, 1996).
- **Hábitos orales compulsivos:** generalmente se acepta que un hábito oral se considera compulsivo si tiene un efecto determinado en el niño, de modo que cuando sienta que lo que está pasando amenaza su seguridad, recurra a él. hábito en tu mundo. Tiende a estar más ansioso cuando trata de arreglar un hábito. Debe quedar claro que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional muy arraigada. Adquirir este hábito sirve como defensa

contra la sociedad circundante.⁶ Es su válvula de seguridad cuando el estrés emocional se vuelve abrumador. Literalmente se echó hacia atrás y pudo obtener la satisfacción que ansiaba a través del miembro adherido a su boca. Aunque la etiología específica de los hábitos orales compulsivos es difícil de aislar, algunos autores sugieren que el patrón de alimentación inicial puede ser demasiado rápido o que el niño puede comer muy poco en cada comida. También puede ser una alimentación forzada y problemas con el sistema de alimentación con biberón. También se reconoce ampliamente que la inseguridad del niño debido a la falta de amor y ternura de la madre juega un papel importante en muchos casos (Pinkham, 1996).

- **Hábitos de uso de los dedos pulgar e índice:** constituyen la mayor parte de los hábitos orales; A menudo se pregunta a los dentistas sobre los problemas que estos hábitos pueden causar. Los hábitos digitales pueden provocar diferentes cambios dentales en función de su intensidad, duración y frecuencia. El primero es la cantidad de fuerza aplicada a los dientes durante la succión. La duración se refiere al tiempo dedicado a chuparse el dedo; frecuencia es el número de veces que se realiza un hábito por día. La duración juega el papel más importante en el movimiento de los dientes causado por los hábitos digitales (Pinkham, 1996).
- **Chuparse los labios:** puede dar lugar al mismo premovimiento que chuparse los dedos, aunque este hábito suele aparecer en la edad escolar y requiere del buen juicio y la cooperación del niño para conseguir la renuncia. Los dentistas pueden ayudar recomendando ejercicios para los labios, como estirar el labio superior sobre los incisivos superiores y presionar el labio inferior sobre los incisivos superiores. Tocar un instrumento oral ayuda a enderezar los músculos de los labios y ejerce presión sobre la parte frontal superior en la dirección correcta (Pinkham, 1996).
- **Lengua fuera:** El hábito de sacar la lengua se observa frecuentemente en niños con incisivos parciales e incisivos superiores sobresalientes. Sin embargo, no

está claro si la presión de la lengua crea una mordida suelta o permite que el niño empuje la lengua hacia el espacio entre los incisivos superiores e inferiores. Dado que el empuje afecta solo a los músculos de la lengua, el tono del labio inferior y el mentalis no se ve afectado, de hecho, se puede fortalecer. Al igual que con la succión del pulgar, la presión de la lengua produce la protrusión de los maxilares superiores y la caída de los labios, aunque este último hábito puede incluir la depresión de los incisivos inferiores con una mordida abierta pronunciada (Pinkham, 1996).

- **Empuje del frenillo:** Un hábito raramente visto es el empujón del frenillo. Si los incisivos permanentes superiores están separados por cierta distancia. Un niño puede bloquear sus labios entre estas piezas y sostenerlo durante horas. El hábito puede comenzar como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse el hábito de mover las piezas a medida que mantiene separados los incisivos centrales; un efecto similar al producido en algunos casos por un frenillo anormal (Pinkham, 1996).
- **Morderse las uñas:** un hábito normal que se desarrolla después del destete es morderse las uñas. Frecuentemente, el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar al del morderse las uñas. En un estudio de las fuerzas armadas, se ha observado que aproximadamente 80 por 100 de todos los individuos, se muerden o se han mordido las uñas. Este no es un hábito pernicioso, y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo, en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas se observó una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores (Pinkham, 1996).
- **Respiración por la boca:** En los niños, es poco frecuente respirar continuamente por la boca.

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías por obstrucción, por hábito y por anatomía.

Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. El niño que respira continuamente por la boca y lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo. . El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo y tener que realizar enormes esfuerzos (Pinkham, 1996).

- **Bruxismo:** Otro hábito observado en los niños es el bruxismo, o frotarse los dientes entre sí. Este generalmente es un hábito nocturno, producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño está despierto. Las causas exactas del bruxismo permanecen en la obscuridad. Tal vez tenga una causa emocional, ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos como succión del pulgar o morderse las uñas. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades (Pinkham, 1996).

12. Examen radiográfico

En Odontopediatría, los exámenes radiográficos brindan información para evaluar el desarrollo del complejo dento-maxilofacial y sirven como un recurso complementario para la detección de lesiones cariosas; cambios en la erupción y el desarrollo de los dientes (cronología de la erupción); problemas metabólicos; patrones de hueso trabecular y signos de enfermedad periodontal, que indican anomalías sistémicas y dentales que pueden estar relacionadas con alteraciones genéticas. Además, ayuda a evaluar el grado de desarrollo de la calcificación en la dentición primaria y permanente (Aguilar Morales, R y Colaboradores, 2009).

El diagnóstico precoz en consejería y el manejo adecuado del niño puede prevenir o evitar la sensibilidad al dolor que conduce al estrés emocional y nos recuerda experiencias desagradables anteriores (Chimenos Kustner, 2002).

13. Modelos diagnósticos

Los modelos son fundamentales en la planificación del tratamiento ortodóncico o las restauraciones complejas y, en general, como método de registro (Pinkham, 1996).

14. Lista de problemas

Una lista de problemas puede ser mejor que una serie de diagnósticos, ya que el primero indica la efectividad del tratamiento. Toda la información debe ser sintetizada; la parte práctica del proceso tiene en cuenta: Existencia de una condición anormal, determinación de la causa, alternativas u opciones para la solución del problema, beneficios anticipados, inmediatos y de largo plazo, preguntas o solicitudes sobre el procesamiento (Bezerra da silva, 2005)

Una consideración clave es identificar cualquier anomalía como caries o pulpa no viable. Las listas de verificación de gravedad ayudan a distinguir las anomalías que requieren tratamiento de las anomalías que se identificaron pero no se trataron (Camerún, 1998).

15. Control de placa

Evalúe la presencia de placa en el índice de O'Leary: el gráfico utilizado permite comparar tres evaluaciones consecutivas de placa y sangrado. En esta ficha, cada diente se divide en 4 partes correspondientes a sus superficies mesial, vestibular, distal y lingual. Cuando el paciente recibió el compuesto especificado, se registraron los resultados. Los aspectos mesial y distal se revisaron dos veces: una vez al evaluar el bucal y la segunda al evaluar el lingual. El puntaje final se determina contando el número total de caras con placas, dividiendo este número por el número total de caras que se muestran en la boca y multiplicando por 100. Esta puntuación permite a los pacientes medir su progreso frente a otras puntuaciones obtenidas previamente (Pinkham, 1996).

16. Odontograma

Un buen análisis dental no solo proporciona información sobre la patología de los tejidos duros, sino que también da pistas sobre el tratamiento necesario. A la hora de realizar un estudio de detección de caries se deben tener en cuenta varios parámetros

para poder realizar un diagnóstico adecuado. En primer lugar, el diente debe estar limpio (preparado con antelación) y seco, además debe haber una buena iluminación que permita ver cambios en la transparencia, brillo o textura del esmalte, que muchas veces indican la presencia de caries. Sin ella, hay cavitación. Esto sugiere que el uso de un perfilador para detectar caries no es la única ni la mejor manera de hacer este diagnóstico. Además, es práctico separar los dientes y secarlos bien para examinar las superficies interproximales, especialmente para revelar manchas blancas (signos clínicos de caries) (Pinkham, 1996).

17. Plan de tratamiento

Las opciones de tratamiento actuales incluyen el tratamiento de los problemas identificados y el desarrollo de un plan de prevención integral e individualizada para prevenir problemas futuros y controlar la salud bucal de su hijo. La planificación del tratamiento, dividida en etapas o fases, también sigue un cronograma de actividades planificadas, que describe el tipo de tratamiento específico a realizar y los materiales a utilizar. La primera fase del plan de tratamiento es la aclimatación bucal, que incluye asesoramiento nutricional, educación en higiene bucal, profilaxis profesional, uso de flúor y agentes antimicrobianos en pacientes con mayor riesgo/actividad de caries. Los niños que padecen caries dental de cavidad abierta, celulosa y raíces restantes deben basarse en las necesidades de los pacientes, incluida la excavación de raíces restante y la entrega y la eliminación de los médicos. Por ejemplo, el objetivo son las reparaciones excesivas. En este punto, probar la actividad cervical y las enfermedades periodontales, reducir microbiota oral desde un punto de vista psicológico y regular a los niños para recibir el siguiente tratamiento. A continuación, se planificó una imagen de celulosa, cirugía y tratamiento de recuperación. Por lo tanto, los procesos infecciosos se llevaron a cabo en orden y función en orden y recuperación estética. Sin embargo, en algunos casos, la intervención quirúrgica se retrasará para evitar posibles traumas psicológicos, lo que dificulta continuar el tratamiento. Después de la adaptación oral, la terapia de recuperación ha comenzado a controlar la causa de la caries dental y las enfermedades periodontales. La urgencia de dicho tratamiento depende de su importancia estratégica en el desarrollo dental. El orden de prioridad debe ser: molares permanentes, segundos molares temporales, caninos temporales, primeros molares

temporales e incisivos temporales. Es importante tener en cuenta que si se necesita extraer un diente de leche de manera temprana, el especialista debe decidir de inmediato si usar un mantenedor de espacio o si el paciente debe ser derivado a un Ortodoncista antes de que se complete la fase de restauración. Planificar intervalos de tiempo adecuados entre consultas de control, determinar el riesgo de caries del paciente, teniendo en cuenta el estado de los dientes, el número y volumen de las restauraciones, la higiene bucal y la nutrición, la edad del niño, el grado de desarrollo del tratamiento odontológico, y el nivel de cooperación, comprensión y conciencia de los niños y sus padres. En general, los pacientes de riesgo bajo e intermedio deben ser examinados cada seis meses, y los pacientes de alto riesgo deben ser examinados trimestralmente y posiblemente a intervalos más cortos, según el riesgo de caries del individuo. Un plan de tratamiento individual es la base para restaurar y mantener la salud bucal de su hijo. Presentamos opciones de tratamiento a los padres (Pinkham, 1996).

Es necesario e imperativo informar a los padres del plan de tratamiento antes de iniciar nuestro tratamiento planificado, porque está en juego un principio fundamental: el derecho de los pacientes y sus padres a controlar el tratamiento que reciben. . Estos principios reflejan el pensamiento actual sobre la autonomía del paciente con respecto a la necesidad y adecuación de las decisiones de atención y son una marcada desviación de la norma que existía no hace mucho tiempo, donde se suponía que el médico no solo debe cuidar al paciente lo mejor que pueda, sino también decidir cuál es el tratamiento ideal. Actualmente, el consentimiento informado significa que los padres han recibido información completa sobre la patología que presenta el niño y las opciones de tratamiento disponibles. Para presentar un plan de tratamiento, los padres deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe ser breve, completo y específico.
- Se debe utilizar un lenguaje sencillo y nos aseguraremos de que entiendan lo que se les está explicando.

- Comenzamos con una breve descripción del diagnóstico para brindarle una descripción general de su salud bucal.

- Luego procederemos a describir cada tema en orden de prioridad.

- Preguntemos a los padres si están de acuerdo con el orden de prioridad.

- Luego explicaremos las opciones de tratamiento para cada problema y cuál consideramos que es el tratamiento más adecuado, las técnicas y equipos que se utilizarán, el tiempo que dedicaremos (el tiempo debe estar basado en el número de personas), los cuadrantes afectados, dificultad y cooperación, permita siempre más tiempo del necesario, y también especifique el tiempo asignado para el mantenimiento de la salud). Se le informará detalladamente sobre las consecuencias de no recibir tratamiento.

- A la luz de un problema común, ¿el tratamiento lo está generando?

- Informaremos los beneficios y riesgos del tratamiento, las posibles complicaciones y cómo resolverlos o liberarlos.

- Finalmente, le informaremos sobre el número de visitas, la necesidad de llegar a tiempo y cumplir con las citas programadas, así como el plan de revisión periódica de visitas (Pinkham, 1996).

E. Diagnóstico

La patología encontrada en la anamnesis y examen se completará y calificará con los registros restantes, por lo que en esta etapa se prescriben los diagnósticos de los problemas o problemas existentes, se jerarquiza su importancia y se decide si se debe derivar alguno de ellos (Gisbert, 2004).

F. Pronóstico

Se debe tener en cuenta el pronóstico del caso antes de realizar un plan de tratamiento. El pronóstico puede variar desde excelente (la enfermedad se resuelve, recuperación de forma y función, prevención de recaídas) a malo (la enfermedad solo se controla temporalmente) (Pinkham, 1996).

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

A. Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal.

B. Área de estudio:

Archivo de una clínica de pacientes infantiles de una Universidad Pública, en el segundo semestre del año 2022.

C. Población de estudio:

Todos los expedientes clínicos de los pacientes infantiles atendidos en una Clínica de una Universidad Pública, en el segundo semestre del año 2022.

D. Tipo de muestra:

No se realizó muestra ya que se tomaron todos los expedientes.

E. Muestreo:

No se realizó muestreo ya que se tomó toda la población.

F. Unidad de análisis:

Cada uno de los acápite que conforman el Expediente Clínico que cumplieron con los criterios estipulados.

G. Fuente de obtención de la información:

Secundaria, ya que la información fue recolectada de expedientes clínicos.

H. Instrumento de recolección de datos:

Ficha

I. Criterio de inclusión/ exclusión

1. Criterios de inclusión:

Todos los expedientes de pacientes a los que se les realizaron tratamientos, en el segundo semestre del año 2022.

2. Criterios de exclusión:

- Expedientes de pacientes dados de baja o que no recibieron tratamientos en el del segundo semestre del año 2022.
- Expedientes de pacientes que fueron atendidos en el primer semestre del año 2022 y continuaron siendo atendidos sin ser actualizados en el segundo semestre 2022.
- Hojas de Emergencias

J. Método para la recolección de la información:

Se realizó una ficha, en donde se plasmaron todas las secciones de la Historia Clínica en una columna y en otras dos columnas si la información se encuentra completa o incompleta. Se añadió también si presentan la firma del tutor o no.

Se procedió a revisar todos los expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión planteados y llenamos una ficha por cada expediente.

Una vez recolectada toda la información, se procedió a la elaboración de la base de datos y la información obtenida se procesó con SPSS, Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

K. Aspectos éticos:

- Se solicitó inicialmente el permiso a las autoridades pertinentes, con el fin de tener acceso a los expedientes clínicos de pacientes infantiles, para realizar nuestra investigación.
- 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 van acceder a dichos expedientes clínicos únicamente serán los autores 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.

L. Procesamiento de datos

Recolectados los datos se dispuso a ingresarlos en programa de SPSS versión 21, para realizar distribuciones de frecuencias, para ser representadas en porcentajes, mediante tablas de frecuencias.

V. Resultados

Tabla 1

Frecuencia del llenado de acápite que se encuentra más completo en el expediente clínico.

Odontograma	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	25	83.3
Información incompleta	5	16.7
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Se observó que de los 30 expedientes revisados, 25 presentaron información completa en Odontograma, lo que corresponde a un 83.3%, siendo este el acápite que se encuentra más completo en el expediente clínico.

Tabla 2

Frecuencia del llenado de acápite que se encuentra menos completo en el expediente clínico.

Estudio radiográfico	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	9	30.0
Información incompleta	21	70.0
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En esta tabla se reflejó la información presente en el acápite Estudio Radiográfico, tenemos que de 30 expedientes 21 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 70%, siendo este el acápite menos llenado.

Tabla 3

Frecuencia en el llenado de Consentimiento informado.

Consentimiento informado	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	20	66.7
Información incompleta	10	33.3
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En el acápite del consentimiento informado se observó que de 30 expedientes 20 estaban completos con un 66.7y 10 expedientes incompletos con un 33%.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este trabajo investigativo se evaluaron 30 expedientes de un componente clínico infantil los cuales cumplieron con los criterios estipulados, comparamos un estudio similar que llevo como título: **Evaluación de Llenado de Historia Clínica de Odontología Pediátrica I de la UNAN León en el primer semestre del año 2009.** Realizado por **Jessica Marbely Altamirano Amaya y Hazel Mercedes Alvarado Gómez**, Entre los 150 expedientes de Odontopediatria I UNAN-León que se evaluaron en el primer semestre, se encontró que la sección con mayor porcentaje de información completa son los datos generales y la sección con información menos completa fue estudios radiográficos, en este estudio no tenían como objetivo evaluar información sobre consentimiento informado.

Por lo tanto, se destaca que en ambos estudios se obtuvieron diferentes hallazgos en cuanto respecta a los apartados con información completa, los resultados obtenidos de la presente investigación, en la tabla 1, indican que nuestro acápite con información más completa fue Odontograma, de esta manera se refleja que los estudiantes siguen sin completar todos los acápites del expediente clínico.

En la tabla 2 se encontraron similitudes con los resultados de ambos estudios en cuanto a acápites con información incompleta, siendo este Estudios Radiográficos, un acápite importante a la hora de diagnosticar y realizar plan de tratamiento, de esta forma nos damos cuenta que sigue existiendo deficiencia en el llenado de este acápites permitiendo así que no podamos obtener mejores resultados.

El resultado obtenido en la tabla 3, indica que la firma del representante legal esta presente en un número mayor de los expedientes, así mismo se encontró que algunos no presentan la firma, reflejando la poca importancia que le dan los estudiantes a este apartado tan importante teniendo en cuenta que son pacientes infantiles.

VII. Conclusión

De los datos recolectados en el presente estudio en base a los resultados obtenidos concluimos que:

A- La sección con mayor frecuencia de información completa es el odontograma.

B- La sección con menor frecuencia de información es el estudio radiográfico.

C- Entre los expedientes revisados, se encontró que un mayor porcentaje tenían la firma del representante legal.

VIII. Recomendaciones

A los estudiantes:

- Que tomen en cuenta la importancia del llenado del expediente clínico.
- Que se tomen el tiempo debido para el completo llenado del expediente clínico ya que lo deben tomar como complemento para un correcto diagnóstico y así brindar un tratamiento adecuado.
- Que puedan reforzar los conocimientos adquiridos en los diferentes componentes para así realizar una buena recolección de datos y así obtener un completo llenado de cada acápite del expediente clínico.

IX. Referencias bibliográficas

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>

Bezerra da Silva, Léa Assed (2005) *Tratado de Odontopediatría*. (Primera edición ed.) São Paulo. Amolca.

Botero, Paola María (2007) *Manual para la realización de la Historia Clínica odontológica del escolar*. (Primera edición ed.) Medellín. Universidad Cooperativa de Colombia.

Boj quesada Juan Ramón (2021) *Formación clínica en Odontopediatría* (primera edición ed.) Barcelona.

Buitrago, G. A. (2011) “Registro de historias clínicas de los pacientes atendidos por los alumnos del V Curso en la Clínica de Odontopediatria de la Facultad de Odontología UNAN-León entre Marzo-Junio de 2010.” (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3642/1/220416>

Camerún, Angus (1998) Manual de Odontología Pediátrica. (Primera edición ed) Madrid. Mosby (Universidad Católica de Santa María, 2017)

Cárdenas Jaramillo, Darío (2003) Odontología Pediátrica. (Tercera edición ed.) Medellín. Corporación para investigaciones biológicas.

Cerecedo Cortina, Vicente (2002) *Historia Clínica: Metodología didáctica*. (Primera edición ed.) México D. F. Médica Panamericana.

Chimenes Kustner, Eduardo (2002) La Historia Clínica en Odontología. (Primera edición ed.) Barcelona. Masson.

Finn. Sidney (1982) Odontología Pediátrica (Cuarta edición ed.). Interamericana. (Universidad Católica de Santa María, 2017)

Gisbert, Juan Antonio (2004) *Medicina Legal y Toxicología*. (Sexta edición ed.) Barcelona. Masson.

Kastz (1981) Odontología Preventiva en acción. (Tercera edición ed.). Medica Panamericana.

Pinkham. (1996) Odontología Pediátrica. (Segunda edición ed.) México. Interamericana Mc Graw-Hill.

Prado Trejos G. M. (2018) “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.” (Tesis pregrado)

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=S172689582016000100010

X. ANEXOS

A. Variables y Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Indicador	Valor	Tipo de variable
Acápites del Expediente clínico.	<p>El Expediente Clínico, es el documento que permite disponer de un registro organizado del proceso de salud-enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron, que consta de los siguientes acápites:</p> <p>-Consentimiento</p>	<p>Si está completa o incompleta la información de los acápites.</p>	<p>Completo.</p> <p>ó</p>	<p>Nominal.</p>
		<p>-Consentimiento informado</p> <p>-Datos Generales</p> <p>-Nombre.</p> <p>-Lugar de nacimiento.</p> <p>-Fecha de nacimiento.</p>	<p>Incompleto.</p>	

	<p>informado</p> <p>-Datos generales.</p> <p>-Antecedentes obstétricos</p> <p>-Antecedentes médicos personales</p> <p>-Antecedentes odontológicos</p> <p>-Alimentación</p> <p>-Examen clínico</p> <p>-Oclusión</p> <p>-Plano Transversal</p> <p>-Plano Vertical</p> <p>-Hábitos</p> <p>-Examen radiográfico</p> <p>-Modelos diagnósticos</p> <p>-Lista de problemas</p>	<p>-Edad Años y Meses.</p> <p>-Domicilio.</p> <p>-teléfono.</p> <p>-Estatura.</p> <p>-Peso.</p> <p>-Escolaridad.</p> <p>-Nombre del padre.</p> <p>-Nombre de la madre.</p> <p>-Motivo de consulta.</p> <p>-Paciente por primera vez/subsecuente</p> <p>-Antecedentes obstétricos:</p> <p>-Padecimiento de enfermedad durante el embarazo.</p> <p>-Tipo de nacimiento</p> <p>-Nacimiento a</p>		
--	---	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> -Control de placa dentobacteriana -Odontograma -Plan de tratamiento -Hoja de diagnóstico y pronóstico 	<ul style="list-style-type: none"> término o prematuro. -Anomalía pre o posnatal. -Lactancia materna/Tiempo -Uso de biberón /Tiempo 		
		<ul style="list-style-type: none"> -Antecedentes médicos personales: -Médico pediatra o centro de salud. -Antecedentes médicos personales, marcados con "X". -Descripción de anomalías encontradas o no encontradas. 		

		<p>-Antecedentes odontológicos:</p> <p>-Visita odontológica anterior.</p> <p>-Tratamientos efectuados</p> <p>-Conducta del niño</p> <p>-Aplicaciones de fluoruro/tiempo</p> <p>-Frecuencia de cepillado de dientes.</p> <p>-Dolor/Tipo/Origen/Tiempo/Tratamiento.</p>		
		<p>Alimentación:</p> <p>-Tipo de alimentación.</p> <p>-Costumbre comer entre comidas.</p> <p>-Consumo de</p>		

		<p>dulce / Frecuencia/ Goma de masticar.</p> <p>-Informe de familiar del niño cambio que sugiere en la dieta.</p>		
		<p>Examen Clínico:</p> <p>-Labios.</p> <p>-Lengua.</p> <p>-Carrillos.</p> <p>-Paladar duro.</p> <p>-Paladar blando.</p> <p>-Amígdalas.</p> <p>-Adenoides.</p> <p>-Condición Periodontal.</p> <p>-Tipo de dentición.</p> <p>-Número de dientes.</p> <p>-Secuencia de</p>		

		<p>Erupción.</p> <p>-Abrasión /Facetas.</p> <p>-Decoloraciones, Coloraciones.</p>		
		<p>Oclusión:</p> <p>-Cabeza.</p> <p>-Cara.</p> <p>-Perfil.</p> <p>-Forma de arco.</p> <p>-Tipo de arco.</p> <p>-Espacios.</p> <p>-Maxila.</p> <p>-Mandíbula.</p> <p>-Plano Anteroposterior/ Relaciones dentales para dentición temporal. /Relaciones dentales para dentición permanente.</p>		

		<p>Plano Transversal:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Línea media dental superior con respecto a la cara. -Línea media dental inferior con respecto a la cara. -Mordida cruzada posterior. 		
		<p>Plano Vertical:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sobrepase vertical. 		
		<p>Hábitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Succión digital. -Respiración Bucal. -Queilofagia. -Lengua Protráctil. 		

		-Onicofagia.		
		Examen Radiográfico: -Número y radiografía necesarias para el estudio radiográfico. -Observaciones. -Radiografías adjuntas.		
		Modelos Diagnostico: Requerimiento.		
		Lista de Problemas: Descripción de cada uno de los problemas bucales encontrados.		

		<p>Control de placa dentobacteriana:</p> <p>Control realizado con su nivel de Placa Dentobacteriana.</p>		
		<p>Odontograma:</p> <p>Datos de examen de tejidos duros del paciente ya sea tratamientos hechos o los que tiene que hacer en cada pieza dental presente.</p>		
		<p>Plan de Tratamiento:</p> <p>Cada una de las fases del plan de tratamientos llenas con todos los procedimientos a realizar.</p>		

		<p>Hoja de diagnóstico y pronóstico:</p> <p>Identificación de los problemas.</p> <p>Resultado de la evolución.</p>		
Frecuencia	<p>Número de veces que sucede o se realiza un proceso durante un periodo o espacio determinado.</p>	<p>Presencia de información en los acápites.</p>	<p>Competo (1) Ó Incompleto (2)</p>	<p>Nominal</p>

B. Ficha de recolección de datos

Ficha de registro de expedientes clínicos de pacientes infantiles atendidos en Clínica, de una universidad pública, en el segundo semestre del año 2022.

N° Ficha:

Acápites	Secciones	Información completa	Información incompleta	VoBo del tutor
Datos generales	Nombre.			
	Lugar de nacimiento.			
	Fecha de nacimiento.			
	Edad Años y Meses.			
	Domicilio.			
	Teléfono.			
	Estatura.			
	Peso.			
	Escolaridad.			
	Nombre del padre.			
	Nombre de la madre.			

	Motivo de consulta.			
	Paciente por primera vez/subsecuente.			
Antecedentes obstétricos	Padecimiento de enfermedad durante el embarazo.			
	Tipo de nacimiento.			
	Nacimiento a término o prematuro.			
	Anomalía pre o posnatal.			
	Lactancia materna/Tiempo.			
	Uso de biberón /Tiempo.			
	Médico pediatra o centro de salud.			
Antecedentes médicos	Antecedentes médicos personales, marcados con "x".			

personales	Descripción de anomalías encontradas o no encontradas.			
Antecedentes odontológicos	Visita odontológica anterior.			
	Tratamientos efectuados.			
	Conducta del niño -Aplicaciones de fluoruro/tiempo			
	Frecuencia de cepillado de dientes.			
	Dolor/Tipo/Origen/ Tiempo/Tratamiento.			
Alimentación	Tipo de alimentación.			
	Costumbre comer entre comidas.			
	Consumo de dulce /Frecuencia/Goma de masticar.			

	Informe de familiar del niño cambio que sugiere en la dieta.			
Examen clínico	Labios.			
	Lengua.			
	Carrillos.			
	Paladar duro.			
	Paladar blando.			
	Amígdalas.			
	Adenoides.			
	Condición Periodontal.			
	Tipo de dentición.			
	Número de dientes.			
	Secuencia de Erupción.			
	Abrasión /Facetas.			

	Decoloraciones, Coloraciones.			
Oclusión	Cabeza.			
	Cara.			
	Perfil.			
	Forma de arco.			
	Tipo de arco -Espacios.			
	Maxila.			
	Mandíbula.			
	Plano Anteroposterior/ Relaciones dentales para dentición temporal. /Relaciones dentales para dentición permanente.			
Plano transversal	Línea media dental superior con respecto a la cara.			
	Línea media dental inferior con respecto a la cara.			

	-Mordida cruzada posterior.		
Plano vertical	Sobrepase vertical		
Hábitos	Succión digital.		
	Respiración Bucal.		
	Queilofagia.		
	Lengua Protráctil.		
	Onicofagia.		
Estudio radiográfico	Número y radiografía necesarios para el estudio radiográfico.		
	Observaciones.		
	Radiografías adjuntas.		
Modelos de estudio	Requerimientos.		
	Descripción		

Lista de problemas	de cada uno de los problemas bucales encontrados.			
Control de placa dentobacteriana	Control realizado con su nivel de Placa Dentobacteriana.			
Odontograma	Datos de examen de tejidos duros del paciente ya sea tratamientos hechos o los que tiene que hacer en cada pieza dental presente.			
Plan de tratamiento	Cada una de las fases del plan de tratamientos llenas con todos los procedimientos a realizar.			
Hoja de diagnóstico y pronostico	Identificación de los problemas.			
	Resultado de la evolución.			
Record de tratamiento				
Consentimiento informado.				

C. Tablas de frecuencia del llenado de los acápite

Tabla 1

Datos generales

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	15	50
Información incompleta	15	50
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla se evaluó los expedientes que presentaron acápite con información completa e incompleta en Datos Generales se encontró que de los 30 expedientes revisados, 15 presentaron información completa, lo que corresponde a un 50% y 15 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 50%.

Tabla 2

Antecedentes obstétricos

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	16	53.3
Información incompleta	14	46.7
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En esta tabla se reflejó la información de antecedentes obstétricos en la cual se encontró que 16 expedientes presentaron información completa, lo que corresponde a un 53.3% y 14 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 46.7%.

Tabla 3

Antecedentes medico personales

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	14	46.7
Información incompleta	16	53.3
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Se realizó la búsqueda de información completa e incompleta sobre Antecedentes Medico Personales y se encontró 14 expedientes con información completa, lo que corresponde a un 46.7% y 16 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 53.3%.

Tabla 4*Antecedentes odontológicos*

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	22	73.3
Información incompleta	8	26.7
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En esta tabla se reflejan los expedientes que presentaron información completa e incompleta sobre Antecedente Odontológicos en la cual se observó lo siguiente, de 30 expedientes revisados 22 presentaron información completa, lo que corresponde a un 73.3% y 8 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 26.7%.

Tabla 5

Alimentación

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	21	70
Información incompleta		30
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Se revisó la información presente en el interrogatorio sobre la Alimentación en el cual 21 expedientes presentaron información completa, lo que corresponde a un 70% y 9 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 30%.

Tabla 6*Examen clínico*

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	19	63.3
Información incompleta	11	36.7
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En esta tabla se presenta la información de los 30 expedientes revisados, 19 presentaron información completa en Examen Clínico, lo que corresponde a un 63.3% y 11 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 36.7%.

Tabla 7

Oclusión

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	12	40
Información incompleta	18	60
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Se presentan los resultados obtenidos de los 30 expedientes revisados, 12 presentaron información completa en el apartado de Oclusión, lo que corresponde a un 40% y 18 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 60%.

Tabla 8

Plano transversal

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	18	60
Información incompleta	12	40
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla se evaluó la información presente sobre Plano Transversal y se encontró que 18 expedientes presentaron información completa, lo que corresponde a un 60% y 12 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 40%.

Tabla 9

Plano vertical

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	16	53.3
Información incompleta	14	46.7
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En esta tabla se presenta la información sobre Plano Vertical, se encontró que 16 expedientes presentaron información completa, lo que corresponde a un 53.3% y 14 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 46.7%.

Tabla 10

Hábitos

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	17	56.7
Información incompleta	13	43.3
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En esta tabla se refleja que de los 30 expedientes revisados, 17 presentaron información completa sobre Hábitos, lo que corresponde a un 56.7% y 13 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 43.3%.

Tabla 11

Estudios radiográficos

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	9	30.0
Información incompleta	21	70.0
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En esta tabla se refleja la información presente en Estudio Radiográfico, tenemos que de 30 expedientes 9 de estos presentaron información completa, lo que corresponde a un 30% y 21 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 70%.

Tabla 12*Modelo de estudio*

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	18	60.0
Información incompleta	12	40.0
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La información de Modelos de Estudio presento 18 expedientes con información completa siendo esto un 60% y 12 expedientes con información incompleta, lo que corresponde al 40%.

Tabla 13

Lista de problemas

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	13	43.3
Información incompleta	17	56.7
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En esta tabla podemos ver que en Lista de Problemas encontramos 30 expedientes revisados, 13 presentaron información completa, lo que corresponde a un 43.3% y 17 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 56.7%.

Tabla 14

Control de placa

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	23	76.7
Información incompleta	7	23.3
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En esta tabla se presenta la información sobre Control de Placa Dentobacteriana, se encontró que 23 expedientes presentaron información completa, lo que corresponde a un 76.7% y 7 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 23.3%.

Tabla 15

Odontograma

Odontograma	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	25	83.3
Información incompleta	5	16.7
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Aquí observamos que de los 30 expedientes revisados, 25 presentaron información completa en Odontograma, lo que corresponde a un 83.3% y 5 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 16.7%.

Tabla 16

Plan de tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	20	66.7
Información incompleta	10	33.3
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En esta tabla podemos ver que de los 30 expedientes revisados en el acápite Plan de Tratamiento, 20 presentaron información completa dando así un 66.7% y 10 presentaron información incompleta dando un 33.3%.

Tabla 17

Hoja de diagnóstico y pronóstico

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	17	56.7
Información incompleta	13	43.3
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Se presentan los resultados obtenidos de Hoja de Diagnóstico y Pronóstico, de 30 expedientes revisados 17 presentaron información completa, lo que corresponde a un 56.7% y 13 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 43.3%.

Tabla 18

Record de tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	24	80.0
Información incompleta	6	20.0
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En esta tabla podemos ver que de los 30 expedientes revisados en el acápite record de tratamiento, 24 presentaron información completa dando así un 80%, 6 presentaron información incompleta dando un 20%.

Tabla 19

Consentimiento informado

	Frecuencia	Porcentaje
Información completa	20	66.7
Información incompleta	10	33.3
Total	30	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Encontramos que de los 30 expedientes revisados, 20 presentaron información completa en consentimiento informado, lo que corresponde a un 66.7% y 10 presentaron información incompleta, lo que corresponde al 33.3%.

León, 08 Mayo, 2023

Dra. [REDACTED]

Secretaria Académica

[REDACTED]

Su despacho

Estimada Dra.

Reciba un cordial saludo de nuestra parte, somos estudiantes [REDACTED]
[REDACTED]

El motivo de la presente es solicitarle nos brinde el permiso para ingresar al área de archivo de Clínicas [REDACTED] siendo su director Dr. [REDACTED] con el fin de realizar la recolección de datos, de nuestro trabajo de tesis que tiene como tema:

"Frecuencia del llenado de acápites de los expedientes clínicos en pacientes infantiles, en una Universidad Pública de Nicaragua, en el segundo semestre del año 2022."

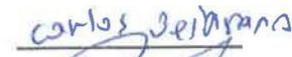
Asimismo, requerimos de su colaboración para que las autoridades pertinentes de la Clínica Infantil sean de su saber la presente solicitud.

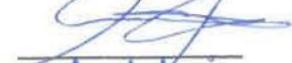
Agradeciendo de antemano su tiempo y esperando una respuesta positiva ante dicha solicitud, nos despedimos de usted deseándole éxito en todas sus actividades y que Dios derrame bendiciones a usted y su familia.

Br. Carlos Antonio Bejarano Baltodano. 18-00920-0

Br. Cristhy Iseth Yuritzá Valladares. 18-02454-0

Br. Wilthon Uriel Zeledón Rosales. 14-15268-7







Dr. Ricardo Delgadillo (Tutor de tesis)





NACIONAL DE
UNIVERSIDAD EN
FACULTAD DE
SECRETARÍA ACADÉMICA

León, 07 de Marzo del 2023.

Dra. [REDACTED]
Directora de [REDACTED] y de [REDACTED]
Facultad de [REDACTED]
Su despacho.

Estimada Doctora [REDACTED]

La suscrita Secretaria Académica de la Facultad de Odontología, por este medio hace constar que los bachilleres Carlos Antonio Bejarano Baltodano carnet 18-00920-0, Cristhy Iseth Yuritza Valladares carnet: 18-02454-0 y Wilthon Uriel Zeledón Rosales carnet: 14-15268-7, son estudiantes activos del quinto año de la Carrera de Odontología, actualmente están realizando su trabajo de tesis sobre el tema: **“Frecuencia del llenado de acápites de los expedientes clínicos en pacientes infantiles, en una Universidad Pública de Nicaragua, en el segundo semestre del año 2022”**, los que están bajo la tutoría del Dr. Ricardo Delgadillo docente del Departamento de [REDACTED] y de [REDACTED].

Por lo anterior, le solicito su autorización para que los bachilleres puedan acceder al área de [REDACTED] de [REDACTED] y de [REDACTED] y realizar la recolección de datos para su trabajo de tesis.

A solicitud de parte interesada, extendiendo la presente, en la ciudad de León República de Nicaragua, a los Siete días del mes de marzo del año dos mil veintitrés.

e Marzo del año

Atentamente,

Dra. [Redacted]
Secretaria Académica
Facultad de [Redacted]
[Redacted]



2023:TODAS Y TODOS JUNITOS VAMOS ADELAN

β^0
Autizada [Signature]
7/03/2023.
9:am

