

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA - LEÓN

Área del conocimiento Odontología



Monografía para optar al título de Cirujano Dentista

Evaluación del llenado de expedientes en clínica de Odontopediatría II por los estudiantes de V curso de la carrera de Odontología, en una Universidad de Nicaragua segundo semestre 2023

Autor: Br. Miguel Ángel Uriarte Pérez

Tutora: MSc. Marlen Balmaceda Trujillo

León: Febrero 2024

45/19; La patria La revolución.!

Agradecimiento

A Dios:

Que hizo que todo esto fuera posible.

A la facultad de odontología:

Por haber abierto sus puertas y por darme la oportunidad de estudiar y poder culminar mis estudios y darme los conocimientos necesarios y realizar mi trabajo monográfico en la institución.

A mi familia:

Por estar siempre presente con su amor y apoyo.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
III. MARCO TEORICO	4
A. Generalidades	4
3.1 Importancia y repercusiones del expediente clínico	4
3.2 Aspectos del expediente clínico	5
3.3 Características de un buen expediente clínico	6
3.4 Elementos del expediente clínico	8
IV. DISEÑO METODOLOGICO	22
A. Tipo de estudio	22
B. Área de estudio	22
C. Población de estudio.....	22
D. Muestra:	22
E. Tipo de muestra.....	22
F. Unidad de Análisis.....	22
G. Criterios de inclusión.....	22
H. Recolección de la información.....	23
I. Análisis de los datos.....	23
V. RESULTADOS	24
VI. DISCUSION DE RESULTADOS	25
VII. CONCLUSIONES	26
VIII. RECOMENDACIONES	27
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	28
X. ANEXOS:	30

I. INTRODUCCIÓN

La historia clínica es un conjunto de documentos, testimonios y reflejo de la relación entre el médico y el paciente. Es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal.

El documento en papel escrito debe tener para manejo informativo, fotografías, estudios radiográficos entre otros como complemento de diagnóstico.

Al realizar el llenado del expediente clínico permite a que se desarrolle una buena comunicación entre odontólogo-paciente haciendo que esté en confianza brindando una buena información. Esta relación, se encuentra consagrada en la Ley 23 de 1981, la cual expresa en su artículo IV: “La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico. (Gonzales, s.f.)

Al proponernos ofrecer un servicio de salud odontológica integral al niño, debemos realizar una historia clínica que nos permita conocer al paciente en todos sus aspectos: social, médico y dental. (leache, 2002)

De esta manera, una historia clínica completa, una exploración minuciosa, un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento adecuado serán la base común previa a cualquier actuación en el área bucal. (leache, 2002)

La realización de una correcta historia clínica general del paciente constituye, asimismo, un momento idóneo para establecer un primer contacto con el niño y debe de considerarse como una valoración mutua. (leache, 2002)

En el ejercicio de la Odontopediatría, el contacto cotidiano con el paciente infantil, con sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo físico y psicológico, hace imprescindible el estudio pormenorizado de las características del niño en cada edad. (leache, 2002)

Este estudio es descriptivo de corte transversal donde se tomó una muestra aleatoria de 167 expedientes clínicos considerando que deben cumplir con los criterios de inclusión y exclusión.

En el presente estudio se observó el llenado de los expedientes clínicos, con el objetivo de fomentar a los estudiantes y tutores la necesidad e importancia que conlleva tener todos los datos de los pacientes en el documento.

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar el llenado de expedientes en clínica de Odontopediatría II por los estudiantes de V curso de la carrera de Odontología, en una Universidad de Nicaragua segundo semestre 2023

Objetivos Específicos:

- Identificar la prevalencia de expedientes con todos los elementos completos de la historia clínica.

- Mencionar los elementos completos e incompletos de las historias clínicas de clínica de Odontopediatría.

III. MARCO TEORICO

A. Generalidades

Un servicio de salud odontológica integral al niño, debemos realizar una historia clínica que nos permita conocer al paciente en todos sus aspectos: social, médico y dental. De esta manera, una historia clínica completa, una exploración minuciosa, un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento adecuado será la base común previa a cualquier actuación en el área bucal. (leache, 2002)

En el ejercicio de la odontopediatria, el contacto cotidiano con el paciente infantil, con sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo físico y psicológico hace imprescindible el estudio pormenorizado de las características del niño en cada edad. (leache, 2002)

3.1 Importancia y repercusiones del expediente clínico

-Constituye El Registro De Varios Hechos De La Vida De Un Ser Humano: por definición, historia es la relación de eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. Adicionalmente, se involucran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado. (Guzmán, s.f.)

-Intenta Encuadrar El Problema Del Paciente: de acuerdo con los conocimientos presentes, la queja del enfermo se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de involucrar sus síntomas, signos y documentos para clínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces. (Guzmán, s.f.)

-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. (Guzmán, s.f.)

-Posee Un Contenido Científico Investigativo: la investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Y con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación únicamente. Por otro lado, cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad. (Guzmán, s.f.)

-Tiene Implicaciones Medico-legales: la historia clínica constituye un medio de prueba de suma importancia en los juicios por responsabilidad médica, a tal grado que la sola imposibilidad de la institución de suministrarla puede llegar a ser asimilada con una conducta negligente. Desde el punto de vista legal, la Historia Clínica adquiere especial relevancia por cuanto representa un documento que integra la relación contractual entre el médico y su paciente. Así mismo es de notar que en el ámbito académico se hace énfasis en su correcta elaboración desde que el personal de salud se está formando. Se les enseña a que adquieran hábitos correctos a la hora de consignar datos sobre el estado clínico de un paciente y no caigan en el vicio de dar todo por entendido. (Guzmán, s.f.)

3.2 Aspectos del expediente clínico

1. **Su práctica debe ser obligatoria:** ningún acto médico hospitalario o de consultorio debe efectuarse sin su correspondiente registro en la historia clínica. En las instituciones de salud se exige la historia clínica como elemento indispensable para ejercer una medicina de calidad. Por otro lado, en casos de complicaciones (salvo en algunos casos de extrema urgencia y corto tiempo disponible), su ausencia no tiene excusa. (Guzmán, s.f.)
2. **Es irremplazable:** la escritura de la historia clínica no puede ser reemplazada por la memoria del médico. Por tanto, no se deben dejar espacios en blanco sin llenar ya que esto se presta a implicaciones desde el punto de vista legal. (Guzmán, s.f.)
3. **Es privado y pertenece al paciente:** aquí se involucran los conceptos de confidencialidad, secreto profesional e información.

- **Confidencialidad:** se reconoce el derecho del paciente al respeto a su privacidad. Esta privacidad incluye tanto los datos y las sustancias biológicas que permitan la identificación personal de un paciente como los datos referentes a su enfermedad (diagnóstico, pronóstico y tratamiento). De esta forma todo el personal que trata con los datos de carácter personal de los pacientes (ficheros de cualquier tipo) o que mantiene relación laboral con ellos, y por tanto tiene acceso a información confidencial está obligado a mantener el secreto de la información conocida. El mantenimiento de la confidencialidad y privacidad de los pacientes implica primeramente a la historia clínica, que debe estar custodiada de forma adecuada, permaneciendo accesible únicamente al personal autorizado. (Guzmán, s.f.)

- **Información:** la información que se presente al paciente debe ser verdadera, clara, completa y discutida con el mismo. Esta información es un derecho esencial del paciente para poner en ejercicio su libertad. De lo contrario, al presentar el odontólogo una explicación errónea, falsa o malintencionada, no solamente se está faltando a un principio ético, sino está vulnerando la libertad de decisión del paciente. La información adecuada equivale al conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido. (Guzmán, s.f.)

4. Es objetivo y veraz: se basa en hechos ciertos y describe las situaciones como son y no como el odontólogo quisiera que fueran. Los datos en la historia clínica deben expresarse de manera inequívoca, que no pueda dar lugar a dudas o diversidad de interpretaciones. Además, debe estar libre de especulaciones. Se aceptan únicamente las disquisiciones diagnósticas y los criterios de las Juntas médicas. Existen algunas situaciones en las que se enuncian juicios de valor, pero ellas son de alta peligrosidad debido a las implicaciones legales que conllevan. En la elaboración de la historia clínica el paciente debe expresar su versión de los síntomas y el médico no puede guiarlo hacia un diagnóstico específico. (Guzmán, s.f.)

3.3 Características de un buen expediente clínico

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

1. **Completo:** debe contener la totalidad de información relevante sobre los antecedentes del paciente, reportes de exámenes complementarios, sobre su diagnóstico y su tratamiento, en fin, que consigne de manera clara e íntegra la información que requiere el profesional para conocer y atender en forma adecuada a una persona. (Brigard Pérez, 2010)
2. **Sustentado:** soportada en estudios científicos. (Brigard Pérez, 2010)
3. **No tener espacios en blanco sin llenar:** vale aquí la pena hacer el símil de las historias clínicas con los títulos valores. Una y otro son documentos privados y a nadie se le ocurre firmar cheques o pagarés con espacios en blanco. (Brigard Pérez, 2010)
4. **Incluir autorizaciones:** algunos procedimientos o tratamientos, en razón de su complejidad o posibles complicaciones y/o resultados, requieren de una autorización expresa y escrita del paciente. Sea que las autorizaciones se consignen en formatos independientes o que se incluyan como otra anotación en ella. Dentro de la historia debe estar siempre la constancia clara de que se cuenta con el consentimiento informado y la autorización expresa del paciente. (Brigard Pérez, 2010)
5. **Fechado y firmado:** estos datos formales dan al expediente clínico el carácter de documento privado; identifican al autor de cada anotación y precisan el momento en que cada profesional involucrado interviene. Existe un principio general de derecho según el cual cada persona responde por sus propias acciones u omisiones. La identificación de la persona a cargo y del momento en que se verifica determinada actuación, permite independizar cada implicado de manera tal que los errores o accidentes ocurridos a un paciente no deben ser imputados en forma solidaria a todos los médicos vinculados a su atención sino a quien en el momento de ocurrir el incidente estaba respondiendo por la atención del paciente. Por tanto, las firmas deben ir acompañadas del nombre

de quien escribe en la historia clínica y de ser posible, de un sello. (Brigard Pérez, 2010)

- 6. Legible:** este requisito que pudiera parecer obvio, es, en el caso de las historias clínicas, imposible de pasar por alto. Si algún defecto comparte la inmensa mayoría de estos documentos es el de la dificultad que implica su lectura. La letra que usan los clínicos al hacer las anotaciones propias de una historia es prácticamente indescifrable y por tanto su comprensión está seriamente cuestionada. Los jueces, los peritos e incluso los propios médicos tienen que interpretar más que leer las historias clínicas, con lo cual se asume el riesgo de que la interpretación no corresponda con exactitud al texto ni refleje adecuadamente la conducta médica realizada. En algunos casos incluso se requiere la intervención de un perito grafólogo para traducir una historia clínica, circunstancia que puede dilatar innecesariamente un proceso con obvias consecuencias negativas para el afectado. Pero no es solo la letra la que dificulta la comprensión de las historias clínicas también influye el uso, cada vez más frecuente y generalizado de siglas o abreviaturas las cuales deben evitarse. Es deber de odontólogos en ejercicio, docentes, jefes de los servicios, estudiantes, etc. revisar su actitud frente a la forma en que asumen el manejo de estos documentos, pues solo de su conducta depende el valor jurídico que pueda darse judicialmente a una historia clínica. (Brigard Pérez, 2010)

3.4 Elementos del expediente clínico

- 1. Carpeta:** se refiere a la portada del expediente clínico la cual presenta número de expediente y nombre de la institución, esto ayuda a tener un orden de todos los expedientes clínicos. (Aguilar, s.f.)
- 2. Firma de aceptación del paciente:** el Consentimiento informado (CI) es el procedimiento médico formal, una exigencia ética, y un derecho reconocido por las legislaciones de todos los países, cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir, la obligación de respetar a los pacientes como

individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos. En palabras más simples, es un proceso mediante el cual se respeta el principio de autonomía del paciente. Es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que las o los profesionales de la salud puedan realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico luego de haber comprendido la información proporcionada sobre los mismos. (Vera carrasco, s.f.)

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

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

- El nombre del paciente: sirve para dirigirnos al paciente con toda propiedad y nos revela aparte del interés que se tiene en el enfermo y nos puede orientar hacia la nacionalidad y raza del mismo. (Aguilar, s.f.)
- **Edad:** ayuda a determinar el tipo de enfermedades que se presentan a determinadas edades y nos ayudan a orientar la conducta en el trato del paciente y la manera en que nos podemos dirigir a él. (Aguilar, s.f.)
- Lugar de origen y lugar de residencia: habla de la nacionalidad del paciente y pone en alerta de los posibles padecimientos endémicos frecuentes en determinadas zonas. (Aguilar, s.f.)

4. Motivo de la consulta: es la causa que llevó al paciente a asistir al servicio odontológico. Debe anotarse en forma legible y entre comillas utilizando frases breves sin anotar detalles descriptivos, antecedentes o diagnósticos. (Aguilar, s.f.)

5. Historia de la presente enfermedad: consiste en el análisis concienzudo, tal como su nombre nos indica del inicio y la evolución de estos signos y síntomas principales, anotando todas las características que podamos interrogar sobre el signo o síntoma más importante. (Aguilar, s.f.)

6. Historia médica postnatal: 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. Estas informaciones ayudan a prevenir las interacciones medicamentosas para evitar posibles reacciones alérgicas riesgos para el niño. (Chimenos Kustner)

7. **Historia bucodental:** incluye aspectos relacionados con la salud bucal del paciente. Debe preguntarse por la última visita al odontólogo, tratamientos y experiencias anteriores, presencia de aparatos en boca, educación en salud oral, frecuencia de cepillado y uso de la seda dental, aplicación previa de flúor y sellantes de fosas y fisuras. Registra hábitos tales como: higiene, respiración bucal, bruxismo, apretamiento, succión digital, queliofagia, lengua protráctil, onicofagia, alcohol, tabaco, empuje lingual, morder lápices, hilos entre otros. (Aguilar, s.f.)
8. **Historia médica anterior:** se interroga sobre enfermedades sistémicas que haya padecido o padezca el paciente. Se debe realizar por sistemas anotando el diagnóstico (si lo sabe) y el tratamiento (medicamentos y dosificación). Cabeza, cuello, cardiovascular, renal, endocrino, hepático, nervioso, inmune. También debe preguntarse acerca de procedimientos quirúrgicos, hospitalizaciones, transfusiones, alergias. En pacientes pediátricos interrogar acerca del embarazo, parto, lactancia y vacunas. (Aguilar, s.f.)
9. **Alimentación:** los hábitos alimentarios han de incluir no solo la cualidad y la variedad de los alimentos, sino también el modo de alimentación y la eventual tendencia al consumo de bebidas azucaradas entre las comidas o antes de acostarse. (leache, 2002)
10. **Hábitos**

Actos bucales no compulsivos: Los niños experimentan continuas modificaciones de conductas que le permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medio de halagos y en ciertos casos amenazan de castigo fuertes. El moldeado sutil u no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de los padres, de sus compañeros de juegos y de clase. Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar de este, se denominan no compulsivos. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad. (Finn)

Hábitos bucales compulsivos: Generalmente, se concuerda en afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo. Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente, se retrae hacia sí mismo, y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía. (Finn)

11. Historia familiar: constituye la historia de enfermedades familiares en las que se incluyen entidades con tendencia a ser hereditarias (hemofilia, diabetes, cáncer, alergias, trastornos mentales y nerviosos entre otros), o que tienen la posibilidad de contagio infeccioso (tuberculosis, sida y sífilis, entre otros). (Aguilar, s.f.)

12. Historia Personal: son los antecedentes que no están directamente relacionados con la salud del paciente; servicios domiciliarios, alimentación, hábitos higiénicos, grupo sanguíneo, inmunizaciones y adicciones. Son útiles para conocer los factores de riesgo e identificar el tipo de paciente, y de esta

forma determinar la conducta que haya que tomar en cada caso (Ibáñez Mancera)

13. Interrogatorio por aparatos y sistemas: su finalidad es confirmar los padecimientos que el paciente refiere y si éstos están o no controlados, así como identificar cuadros clínicos que no han sido diagnosticados. Este apartado se debe realizar de forma completa y ordenada. Es necesario preguntar por los síntomas y signos de enfermedades no diagnosticadas, lo que permitirá al clínico establecer un diagnóstico presuntivo y remitirlo al profesional indicado. (Ibáñez Mancera)

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

15. Revisión médica: es el acto de remitir a un paciente, mediante una interconsulta, a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, tratamiento como su rehabilitación. La solicitud tiene que ser elaborada por el médico solicitante cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico con fecha y hora. El médico consultado tendrá que responder por escrito anotando fecha y hora de interconsulta, motivo de la misma, signos vitales, resumen de caso y de los estudios, problemas por resolver; plan de estudio, sugerencias diagnósticas y tratamiento establecido, pronósticos, nombre y firma del médico consultante. (Bañuelos Delgado, s.f.)

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

En odontopediatría para disminuir la inquietud del niño es aconsejable comenzar con una orientación acerca de lo que va a suceder, siguiendo la técnica de “decir, mostrar, hacer”, y empelando el lenguaje acorde con su desarrollo. Es importante obtener el reconocimiento del niño (leache, 2002)

17. Examen físico: es el conjunto de procedimientos que el clínico aplica al paciente una vez interrogado, a fin de reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por una enfermedad. La exploración se realiza siguiendo una metodología que emplea las siguientes técnicas: inspección, palpación, percusión y auscultación. (Ibáñez Mancera)

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

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

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

18. Examen clínico bucal: el examen se sustenta básicamente en la inspección y palpación, que deben realizarse simultáneamente. La importancia de la palpación radica en que puede detectar cualquier alteración que no haya sido identificada por la inspección. Este procedimiento sencillo y poco invasivo usualmente toma aproximadamente cinco minutos. Su propósito es detectar nódulos, inflamaciones, alteraciones mucosas (cambios de color o textura como manchas blancas y rojas, manchas névicas, ulceraciones) y adenopatías

inexplicables. Este examen comienza con la evaluación general del estado de salud bucal. La exploración debe ser detallada, minuciosa y siguiendo una metodología ordenada avanzando desde los labios hasta las fauces:

- **Región vestibular:** El revestimiento cutáneo (la piel) se examina en primer lugar y con la boca cerrada. Se deben observar la forma, el tamaño, el color, la textura y las alteraciones (si las tuviera). (Aguilar, s.f.)

La exploración de los labios incluirá su valoración tanto en reposo como funcional. Para su exploración realizaremos la inspección y palpación de estos por las que valoraremos sus características de normalidad, aspecto, integridad, ausencia de lesiones y sellado labial. (leache, 2002)

- **Paladar:** Está compuesto por dos partes: el paladar duro y el paladar blando.
 - **Paladar duro:** formado por mucosa firme fuertemente adherida al hueso subyacente y paraqueratinizado. Es de color rosado más pálido que el resto. Se delimitan en él, dos sectores: anterior y posterior. En el primero, que se examina de forma indirecta con el espejo bucal, se observa la papila interincisiva, rugas palatinas y rafe medio (torus palatino). En el segundo que se evalúa por visión directa se encuentran las fovéolas palatinas. (Moradas)
 - **Paladar blando:** mucosa delgada y lisa, de color rosado, no queratinizado. Para su inspección se pide al paciente que pronuncie “ahhh” o se induce al reflejo nauseoso. (Moradas)
- **Istmo de las fauces:** situado en el borde inferior del velo del paladar, la base de la lengua y los pilares anteriores. Se debe examinar en cuanto a forma, tamaño, movilidad de la úvula, aspecto y tamaño de las amígdalas. (Moradas)
- **Piso de la boca:** se observa la mucosa que lo recubre, la cual es fina y deslizante. Las carúnculas sublinguales ubicadas a ambos lados del frenillo. En los pliegues sublinguales son visibles las desembocaduras de los conductos salivales. La palpación del piso de la boca es endobucal, exobucal y bimanual. Consiste en colocar el dedo índice de una mano dentro de la boca (endobucal) para que recorra y reconozca las distintas estructuras, y la mano contraria (exobucal) haciendo plano submandibular. Deben palpase sistemáticamente la cara interna de la mandíbula,

la línea oblicua interna, el torus mandibular, la apófisis geni, las glándulas y los ganglios submaxilares. (Moradas)

- **Lengua:** se examina en reposo y en movimiento. La evaluación en reposo mediante la inspección directa y en extensión, se realiza sujetando la punta de la lengua con una gasa para observar la cara dorsal, base y bordes. Se evalúa la movilidad activa solicitando al paciente que realice movimientos linguales hacia afuera, arriba, a los lados y analizando también la punta. En la cara dorsal se hallan las papilas filiformes, fungiformes, foliadas y caliciformes y el agujero ciego ubicado en el vértice de la V lingual. La amígdala lingual para su observación debe traccionarse la lengua hacia los lados. En la cara dorsal de la lengua se observan las venas raninas, el frenillo y, cerca de la punta de la lengua, las glándulas linguales anteriores. (Moradas)

La importancia de la lengua en los niños en el desarrollo de las estructuras orofaciales como las arcadas dentarias el paladar y el área premaxilar. (leache, 2002)

- **Encía:** son un tejido del interior de la boca, que cubre las mandíbulas, protegiendo y ayudando a sujetar los dientes. Las encías son visibles al levantar los labios, la encía sana es de color rosado pálido. Tiene una consistencia dura, firme y no deslizable. Su superficie está queratinizada y puede presentar prominencias en forma de piel de naranja. En ciertas ocasiones puede estar pigmentada con un color marrón. Esta pigmentación depende de unas células que se llaman melanocitos, encargadas de producir el pigmento melanina. (Moradas)

- **Dientes:** se observará número de dientes, dientes fracturados, desplazados, con cambio de color, movilidad, sensibilidad a la percusión o a cambios de temperatura, continuidad de bases óseas, presencia o no de fracturas o fragmentos de hueso o de dientes tanto de alvéolos como en tejidos blandos. (Moradas)

El odontólogo debe de 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 pasajera y no debe interferirse en lo que puede ser un desarrollo dentario normal. (leache, 2002)

La exploración de los dientes debe de ser individual para que posteriormente considerarlos integrados dentro de cada arcada y por ultimo su interacción interarcadas. (leache, 2002)

19. Plan de tratamiento: es un programa organizado de todos los procedimientos o medidas terapéuticas recomendados para restablecer y mantener la salud oral. Un buen plan de tratamiento incluye, además, medidas preventivas con el fin de limitar la recurrencia o progresión del proceso patológico y va encaminado tanto a las causas de la enfermedad como a los síntomas del enfermo. Por ello abarca tres grandes aspectos:

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

(Aguilar, s.f.)

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

Todo plan de tratamiento incluye cinco fases o etapas:

- Fase de emergencia: en esta fase se incluyen todas las medidas terapéuticas que van en función de aliviar el dolor provocado por una urgencia. (Aguilar, s.f.)
- **Fase sistémica:** al aplicar esta fase debemos considerar el estado sistémico del paciente y su influencia en el tratamiento odontológico que se desea efectuar. Por lo tanto, incluye las medidas preventivas que se deben tomar

tanto para el paciente como para el odontólogo, sin olvidar hacer las interconsultas médicas requeridas. (Aguilar, s.f.)

- **Fase higiénica:** corresponde a esta fase, la aplicación de todas las medidas terapéuticas necesarias para controlar y eliminar los factores causales de la enfermedad. A esto se le denomina ambientación de la cavidad oral. (Aguilar, s.f.)
- **Fase restaurativa o correctiva:** esta fase abarca aquellas medidas que van encaminadas a restablecer la salud oral y la recuperación de la función, es decir, el tratamiento de las secuelas de la enfermedad. (Aguilar, s.f.)
- **Fase de mantenimiento:** el objetivo de esta fase es la prevención de la repetición de la enfermedad. (Aguilar, s.f.)

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

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. (Arias Rojas)

• **Tipos de diagnósticos**

- **Diagnóstico presuntivo:** es aquel que el profesional considera posible basándose en los datos obtenidos en la anamnesis y el examen físico. (Aguilar, s.f.)

- Diagnóstico de certeza: es el diagnóstico confirmado a través de la interpretación y análisis de métodos complementarios (Arias Rojas)
- Diagnóstico diferencial: es el conjunto de enfermedades que pueden ocasionar un síndrome, descartándose una a una según la hipótesis planteada y las exploraciones complementarias, hasta encontrar la enfermedad que ocasiona los síntomas del paciente. (Arias Rojas)

La palabra pronóstico, se deriva del griego pro antes; gnocein conocer. Pronóstico es una predicción sobre el progreso, curso y término de una enfermedad. Establecer un pronóstico es una de las funciones más importantes de la práctica clínica. Es un juicio sobre la futura evolución de una lesión, basado en varios factores:

- Diagnóstico de la enfermedad: la etiología, naturaleza, grado de evolución de la enfermedad, determinan su pronóstico. (Pontificia Universidad Javeriana. Fundamentos de la Odontología (2007) Bogotá)
- Respuesta del huésped: la edad, el vigor, salud, constitución, resistencia inmunitaria del paciente, influyen directamente en el pronóstico Pontificia. (Pontificia Universidad Javeriana. Fundamentos de la Odontología (2007) Bogotá)
- Cooperación del paciente: es decisiva para el pronóstico ya que la evolución de muchas enfermedades depende directamente de este factor. (Pontificia Universidad Javeriana. Fundamentos de la Odontología (2007) Bogotá)
- Medio: existen enfermedades que son influidas por el medio en que el paciente se desenvuelve. (Pontificia Universidad Javeriana. Fundamentos de la Odontología (2007) Bogotá)
- Experiencia del clínico: el profesional debe tener los conocimientos, habilidades y la experiencia necesarios para tratar la enfermedad, lo cual repercute directamente del pronóstico de la misma. (Pontificia Universidad Javeriana. Fundamentos de la Odontología (2007) Bogotá)

• Tipos de pronósticos

- Pronóstico favorable: cuando es posible eliminar totalmente la enfermedad y su causa, devolviendo su salud y función del órgano afectado. (Pontificia Universidad Javeriana. Fundamentos de la Odontología (2007) Bogotá)
- Pronóstico reservado: cuando la devolución de la salud depende de factores que no sabemos si podremos controlar o porque el avance de la lesión es muy grande. (Pontificia Universidad Javeriana. Fundamentos de la Odontología (2007) Bogotá)
- Pronóstico desfavorable: cuando no es posible eliminar la enfermedad, ni restablecer la función.

El pronóstico se redacta de forma breve especificando el tipo de pronóstico y justificándolo. (Pontificia Universidad Javeriana. Fundamentos de la Odontología (2007) Bogotá)

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

22. 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, s.f.)

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

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

24. Examen radiográfico: el principal objetivo es identificar la presencia o ausencia de enfermedad. Esto implica la necesidad de elegir métodos que aporten la máxima información posible con la menor dosis de irradiación para el paciente. Una vez identificada una imagen radiográfica determinada, esta debe describirse de acuerdo a un orden establecido. Si observamos ordenadamente los detalles

que confluyen en la imagen patológica, tendremos menos probabilidades de pasar por alto otros hallazgos. (Pontificia Universidad Javeriana. Fundamentos de la Odontología (2007) Bogotá)

IV. DISEÑO METODOLOGICO

A. Tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal

B. Área de estudio

Clínica Niños mártires de ayapal del Área de conocimiento Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León

C. Población de estudio

291 Expedientes clínicos de los pacientes que fueron atendidos en la clínica de Odontopediatría por estudiantes en el periodo II semestre 2023

D. Muestra:

Probabilística

E. Tipo de muestra.

Aleatoria simple: se utilizo el programa epidat 4.1 para obtener una muestra representativa para la población de estudio, para este cálculo se aplicó un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% dando como resultado 167 expedientes representativo a 291 expedientes clínicos.

F. Unidad de Análisis

Cada uno de los expedientes de los pacientes atendidos en la clínica de Odontopediatría

G. Criterios de inclusión

Que los expedientes estén firmados por el tutor académico y responsable de familia.

H. Recolección de la información

Se realizó una solicitud de permiso a la secretaria académica para el acceso al área de archivo de la clínica, posterior se aplicó un instrumento para cotejar a través de un check list los datos que se encuentran en la historia clínica y poder observar si los datos están completos.

I. Análisis de los datos

Una vez recolectada la información se procedió a ingresar los datos en el programa estadístico SPSS V.21 para obtener tablas descriptivas y de frecuencia.

V. RESULTADOS

Tabla N° 1: *Prevalencia de historias clínicas con los ítems completos.*

prevalencia			
Historias clínicas completas		Frecuencia	Porcentaje
Válido	86 %	1	0.6%
	89 %	2	1.2%
	92 %	4	2.4%
	94 %	19	11.4%
	97 %	55	32.9%
	100 %	61	36.5%
	Total	142	85.0%
Perdidos		25	15.0%
Total		167	100.0%

Nota: En 61 historias clínicas se observó que contenían los ítems completos.

Tabla N° 2: *Estado de los elementos de las historias clínicas*

Elementos de la historia clínica	completas		Incompletas		Total
	N°	%	N°	%	
Firma del tutor responsable	142	100	-	-	142
Datos generales	132	93	10	7	142
Antecedentes obstétricos	139	97.9	3	2.1	142
Antecedentes odontológicos	142	100	-	-	142
Alimentación	134	94.4	8	5.6	142
Examen clínico	137	96.5	5	3.5	142
Oclusión	107	75.4	35	24.6	142
Plano transversal	141	99.3	1	0.7	142
Plano vertical	142	100	0	0	142
Estudio radiográfico	95	66.9	47	33.1	142
Modelos de estudio	135	95.1	7	4.9	142
Lista de problemas	140	98.6	2	1.4	142
Diagnóstico	141	99.3	1	0.7	142
Ficha de Control de placa	142	100	-	-	142
Ficha de odontograma	142	100	-	-	142
Plan de tratamiento	142	100	-	-	142
Firma del tutor	142	100	-	-	142

Nota: se observa que el 33.1% no completa la descripción del estudio radiográfico

VI. DISCUSION DE RESULTADOS

La historia clínica es un documento que debe reflejar además aquellas circunstancias sociales que pueden tener relación o asociación con la valoración inicial de la situación del paciente y con el proceso evolutivo, su tratamiento y recuperación, este documento es único para cada paciente, con un código personalizado y que debe manejarse de forma centralizada.

La historia clínica pediátrica en algunas ocasiones suele llenarse de forma incompleta ya sea porque el padre no brinda la información o en la consulta se generó tensión por falta de cooperación del paciente.

Los maestros son los responsables de asegurar que la historia clínica del paciente obtenga la información necesaria y correcta de forma real y precisa para realizar un correcto diagnóstico y plan de tratamiento.

Howard-Williams (2006); realizó una auditoría de las historias clínicas y radiografías, mostrando que las primeras contienen los datos necesarios y las segundas se encuentran en estado aceptable. En este estudio se logró observar que de 167 historias clínicas revisadas el 36.5% llenaron de forma completa un porcentaje bajo ya que siendo un documento legal debe obtener todos los elementos completos. A pesar de ser distinta la metodología ya que el estudio de Howard-Williams (2006) compararon calidad y este estudio se obtuvo cantidad de elementos completos sin diferenciación en calidad, puede esto discrepar la asociación de los resultados.

Arunachalam et al (2021) encontraron que no hubo un cumplimiento completo de ninguno de los criterios que evaluaron de las historias clínicas de ortodoncia, además que solo el 22 % de las historias tenían un protocolo de retención; y concluyeron que existe un cumplimiento deficiente de los criterios de evaluación. En esta investigación, se encontró que, de igual manera, el elemento de estudios radiográficos en el llenado de la historia clínica el 33.1% no completa esa información.

Realizar una adecuada historia clínica requiere de experiencia, conocimientos teóricos, conducta ética para generar confianza, respeto con el paciente y el responsable de este.

VII. CONCLUSIONES

- Menos de la mitad de las historias clínicas examinadas se encuentran con el 100% de elementos completos.
- El elemento mas incompleto de la historia clínica es el estudio radiográfico.

VIII. RECOMENDACIONES

DOCENTES:

Continuar la ardua labor de destacar la importancia de realizar un correcto llenado de la historia clínica, contemplando la necesidad de obtener además información retrospectiva de los pacientes.

ESTUDIANTES:

Realizar no solamente el llenado de la historia clínica de forma veraz y completa sino además la calidad debe ser estricta ya que los niños están en periodo de crecimiento y desarrollo y la evolución de todo tratamiento puede depender de obtener una correcta historia clínica

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Molares Alva, G. V. (2005) Tratamientos Conservadores de la Vitalidad Pulpar y Tratamiento Endodontico en una Sesión. Biblioteca Central UNMSM.
2. Escalaya, C. (2009) Pulpectomía y materiales de obturación. Disponible en: http://www.spo.com.pe/publicaciones/seguros/rev_2009_2.pdf#page=32
3. Cárdenas, D. (2003) Fundamentos de la odontología: Odontología pediátrica. 3 ed.
4. E. barberia leache(2002) odontopediatria 2 ed.
5. Aguilar Morales, R., Calderón González, A. & Delgadillo Jarquin, 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>
6. Guzmán, F., Arias, C. (2012). “La historia clínica: elemento fundamental del acto médico” publicado por la Rev Colomb Cir.2012; 27:15-24. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>
7. Vera carrasco, O. (2016). El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Rev. Méd. La paz, vol.22, n.1, pp. 59-68. Issn 1726-8958. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010
8. Ibáñez Mancera, N. (2015). Propedéutica y semiología en odontología. Barcelona, España: Elsevier España, S.L
9. Montiel Reyes, A. (2014). Exámenes de laboratorio. Recuperado de: <http://exodoncia3016-mrak-orgullofo-unam.blogspot.com/2014/10/examenes-de-laboratorio.html>

10. Bañuelos Delgado, N. (1999) El expediente clínico. Recuperado de:
http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/expediente_clinico.pdf
11. Llanio, R. & Perdomo, G. (2003). Propedéutica clínica y semiología médica. La Habana, Cuba: Editorial ciencias médicas. Recuperado de:
<https://clea.edu.mx/biblioteca/PROPEDEUTICA%20CLINICA%20Y%20SEMIOLOGIA%20MEDICA%20Tomo%20I.pdf>
12. Arias Rojas, Arnulfo (2017). El diagnóstico en odontología. Cali, Colombia. Universidad del Valle.
13. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>
14. Howard-Williams P. Clinical audit and peer review scheme for the South West post-new 2006 dental contract: a report on progress so far. Br Dent J [Internet]. 2009; 206(1): 37-41. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2008.1124>
15. Arunachalam S, Parolia A, Pau A. Clinical audit of orthodontic chart documentation by dental undergraduates. Eur J Dent Educ [Internet]. 2021; 26(4): 662-668. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eje.12744>

X. ANEXOS:**Instrumento de recolección de datos**

N° de ficha: _____

Firma del responsable de familia: SI ____ NO ____

Datos generales	Nombres y apellidos	Si ____ no ____
	Lugar de nacimiento	Si ____ no ____
	Fecha de nacimiento	Si ____ no ____
	Edad	Si ____ no ____
	Domicilio	Si ____ no ____
	Teléfono	Si ____ no ____
	Estatura	Si ____ no ____
	Nombre del padre	Si ____ no ____
	Nombre de la madre	Si ____ no ____
	Motivo de la consulta	Si ____ no ____
	Paciente por primera vez	Si ____ no ____
Antecedentes obstétricos	Padeció alguna enfermedad en el embarazo	Si ____ no ____
	Nacimiento a termino	Si ____ no ____
	Descripción de anomalías	Si ____ no ____
	Recibió su hijo lactancia materna	Si ____ no ____
	Cuanto tiempo uso el biberón	Si ____ no ____
Antecedentes odontológicos	Ha visitado al dentista	Si ____ no ____
	Tratamiento efectuado	Si ____ no ____
	Ha recibido aplicaciones de flúor	Si ____ no ____

	Ha recibido tratamiento	Si ____ no ____
Alimentación	Tipo de alimentación	Si ____ no ____
	Frecuencia de alimentos dulces	Si ____ no ____
	Sugerencia de dieta	Si ____ no ____
Examen clínico	Labios, lengua, carrillo, paladar duro/blando, amígdalas, adenoides, condición periodontal	Si ____ no ____
	Tipo de dentición, frecuencia de erupción, abrasión, facetas y desgastes, decoloraciones	Si ____ no ____
Oclusión	Cabeza, cara, perfil, forma de arco	Si ____ no ____
	Tipo de arco, espacios dentales	Si ____ no ____
	Plano anterior posterior	Si ____ no ____
	Relaciones molares permanente	Si ____ no ____
Plano transversal	Línea media, mordida cruzada posterior	Si ____ no ____
Plano vertical	Sobrepase vertical	Si ____ no ____
Estudios radiográficos		Si ____ no ____
Modelos de estudio		Si ____ no ____
Lista de problemas		Si ____ no ____
Diagnostico		Si ____ no ____
Ficha de control de placa		Si ____ no ____
Odontograma		Si ____ no ____

Plan de tratamiento		Si _____ no _____
---------------------	--	-------------------

Firma del tutor: si _____ no _____

Porcentaje de prevalencia: _____

Completa: _____

Incompleta: _____

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Protocolo de investigación					
Revisión e inscripción del protocolo de investigación					
Recolección y análisis de datos de datos					
Resultados y discusión de resultados					
Conclusiones y recomendaciones					
Presentación y defensa de informe final					