



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LA IMPORTANCIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ODONTOLÓGICO
EN LA INVESTIGACIÓN. FO.UNAM.2008.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

CLAUDIA GRICEL PACHECO MARTÍNEZ

TUTORA: CD. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

ASESOR: MTRO. ALBERTO ZELOCUATECATL AGUILAR



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE	Págs.
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES	4
• Certificación en actividades en salud	6
• Expediente Clínico	10
• Estructura general del expediente clínico odontológico	12
• Errores más comunes en el uso del expediente clínico	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
JUSTIFICACIÓN	21
OBJETIVO GENERAL	22
• Objetivos específicos	22
MATERIAL Y MÉTODOS	23
• Tipo de Estudio	24
• Población de Estudio y Tamaño de Muestra	24
• Criterios de selección	24
• Análisis de la información	25
• Consideraciones éticas	25
RESULTADOS	26
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS	35

INTRODUCCIÓN

Actualmente, existen diversas estrategias para evaluar la calidad de la atención prestada en los hospitales, hospitales-escuela, clínicas, etc., las cuales coinciden en señalar la necesidad de contar con herramientas específicas que permitan el análisis y revisión del trabajo odontológico.

Una de las herramientas básicas para brindar un servicio de calidad es la integración adecuada del expediente clínico, el cual es un documento legal muy importante, ya que contiene el registro de los elementos técnicos esenciales para el estudio y la solución de los problemas de salud del usuario, y permite así, valorar la atención del prestador del servicio durante el trabajo clínico. El expediente clínico tiene también otros usos como la enseñanza, la investigación, la evaluación, técnicas administrativas y estadísticas ¹.

Se ha demostrado que la deficiente elaboración e integración del expediente clínico afecta la atención y seguimiento a los pacientes, teniendo como consecuencia un mal diagnóstico y por ende, un mal tratamiento. Por otro lado, se ha visto frustrada o incompleta alguna investigación por la inadecuada condición de los expedientes clínicos ^{2,3,4}.

En 1998 la Secretaría de Salud emitió la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico (NOM-168-SSA 1-1998)¹, con la finalidad de sistematizar, homogeneizar y regular el manejo de éste.

Sin embargo, a pesar de ello, los principales problemas que se observan al revisar los expedientes clínicos son: expedientes clínicos incompletos, primordialmente con relación a algún dato personal del usuario, expedientes ilegibles, carencia de notas de ingreso o de evolución, revisión de solicitud de interconsultas, nombre del

prestador de servicio que solicita la interconsulta, prescripciones médicas erróneas, entre otras⁵.

Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo analizar los principales errores de las historias clínicas de la materia de Odontología Preventiva y Salud Pública II con la finalidad de señalar la importancia del expediente clínico en la investigación.

ANTECEDENTES

Actualmente los servicios de salud públicos como privados se encuentran en un proceso de transformación, tanto por las reformas de carácter oficial como por los retos organizacionales, innovaciones tecnológicas y por el creciente empoderamiento social. Todo eso sugiere estar modificando de manera irreversible la prestación de servicios médicos, no solo en nuestro país, sino en el mundo entero.⁶

En ese rubro se debe tener en cuenta que la modificación de la prestación de servicios de salud recae en la importancia del uso adecuado del **expediente clínico**, el cual no es sólo un documento que permite identificar las condiciones clínicas del paciente, sino que en él también se registran las actividades desarrolladas en consecuencia por el personal de salud involucrado en la atención del paciente. Situación que por su importancia le otorga un valor legal ante comités médicos y tribunales que investiguen la posible responsabilidad profesional ante una demanda presentada por instancias gubernamentales o por particulares inconformes por los resultados de la atención prestada.⁶

Asimismo, en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se cita al expediente clínico señalando "La calidad de la atención es otro de nuestros retos" es común también que se observe un uso deficiente de los expedientes clínicos y una falta de normatividad en el manejo de enfermedades"; siendo entonces una prioridad de cualquier institución de servicios de salud que aspire a contar con un sistema de gestión de la calidad el control y mejora de sus procesos, por ello el expediente clínico debe ser considerado como uno de los de mayor importancia.

Ya que estos documentos se presentan a nivel internacional como un medio para la recolección de información relativa a la salud de los ciudadanos, lo que redundaría en beneficio de los sistemas de salud, y este beneficio es tanto para los profesionales de la sanidad que tienen la posibilidad de trabajar con información

de más calidad, como para los pacientes/usuarios del sistema de salud que recibirán mejor asistencia.⁷

Existe un reconocimiento unánime al respecto de las deficiencias que los expedientes clínicos de las instituciones de salud presentan (CONAMED 1997), sin embargo se adolece en la literatura de reportes respecto de estrategias exitosas para mejorar este proceso, y se sabe también que una de las limitaciones para el apego a la normativa, lo representa la falta de conocimiento entre la población médica de los diferentes requisitos que contempla cada uno de los elementos que componen el expediente clínico,⁸ situación patente por la falta de difusión de las diferentes normas oficiales mexicanas entre los estudiantes de medicina y por la ausencia de interés de los profesionales que se formaron antes de la publicación de la norma, de manera que esta no se ha incorporado como parte de la cultura de las instituciones con una óptica de generar cumplimiento de dicha normativa en cada uno de sus componentes. Y frecuentemente la motivación que se utiliza para estimular el cumplimiento se enfoca en las consecuencias de carácter legal o punitivo que puede tener este desapego, más que la orientación del cumplimiento de los requisitos como parte de una cultura de medición, control y mejora de los procesos que intervienen en las instituciones dedicadas a la prestación de servicios de salud.^{9,10}

Certificación en actividades de salud

La historia de la certificación en actividades de salud se inicia hace más de 90 años, y se llega a mencionar a la mítica enfermera Florence Nightingale como la pionera de la evaluación de la calidad en los establecimientos de salud debido a su interés por reducir las muertes derivadas de las infecciones adquiridas dentro de los hospitales, lo que hoy es conocido como infecciones intrahospitalarias.

Otros autores mencionan al médico Ernest Codman como el iniciador al analizar en los pacientes los resultados derivados de la atención prestada por distintos médicos y publicar sus resultados. Entre 1917 y 1918 logró que su iniciativa fuera aceptada por algunos hospitales y establecer la evaluación a través de estándares definidos, reportando que pudo evaluar un total de 163 hospitales. En esa época los estándares se enfocaban básicamente en la atención brindada, así como en algunos rubros relacionados con las historias clínicas que son parte del expediente clínico. Esta experiencia generó un gran impacto en la sociedad médica y posteriormente en los Estados Unidos, el Colegio de Cirujanos realizó el primer ejercicio formal de evaluación, resaltando la importancia de una adecuada organización de los procesos de la práctica clínica y su registro en el documento oficial. Inicialmente esta evaluación fue desarrollada por médicos para el mismo gremio, y se utilizó esa información para seleccionar los hospitales que tendrían los campos clínicos para el entrenamiento en cirugía. De este modo se empezó a trabajar en el desarrollo de estándares muy sencillos que vinieron a conformar los antecedentes de los utilizados para la acreditación de los hospitales universitarios más prestigiados en el este de los Estados Unidos. Sin embargo debido a resultados no satisfactorios, se hizo necesaria la intervención del Congreso de los Estados Unidos para establecer el primer programa oficial de evaluación de hospitales y sus procesos.

El interés respecto del modelo se expandió primero a Australia en 1926 y posteriormente a Canadá en 1953, momento en que el sistema de salud del Canadá se independizó del norteamericano. En tanto en Europa sin tener el

mismo desarrollo, ¹⁰ hoy día la mayor parte de los países de la Comunidad Económica Europea poseen sus propios sistemas de evaluación externa. Esta condición desde luego ha alcanzado a América Latina, en la cual se cuenta con distintos sistemas de evaluación externa, situación que incluye a nuestro país, y de esta manera podemos reconocer tres modelos de evaluación externa de los servicios de salud como los más frecuentes: El primero de estos es la acreditación, este modelo de evaluación externa se originó hacia 1910 en los Estados Unidos, su objetivo fundamental consiste en estandarizar la práctica médica hospitalaria y frecuentemente se realiza como un acto voluntario y en otras circunstancias tiene un carácter obligatorio, tal es el caso de nuestro país en el cual se considera como un requisito para aquellas unidades que deseen recibir apoyo financiero por concepto del Sistema de Protección Social en Salud, conocido como seguro popular. Este modelo en los países de habla inglesa se ha generalizado gracias a las organizaciones no gubernamentales y al pago de servicio, este es un enfoque muy popular y actualmente se reconocen más de 36 países con modelos similares en la acreditación. El segundo modelo corresponde al propuesto por la Organización Internacional de Normalización ISO 9000. Los primeros modelos de gestión de calidad surgieron en el Reino Unido con sus estándares, y debido a que se desarrollaron inicialmente para la industria, las normas ISO no son globalmente aceptadas y esto se desprende de su falta de claridad respecto de los servicios clínicos, sin embargo el modelo es muy popular y se usa con mayor frecuencia en servicios de diagnóstico, especialmente en laboratorios clínicos. El entusiasmo internacional ha llevado a desarrollar variantes de este modelo, tal es el caso de nuestro país en el cual su adecuación por el Consejo de Salubridad General derivó en el proceso de certificación.

El tercero y último de los modelos es el denominado *Visitatie*. Este se origina y desarrolla en Holanda estando muy arraigado en la profesión médica en Europa, se basa en estándares explícitos de calidad clínica y aunque con algunas similitudes con la acreditación, este se orienta a mejorar la calidad de la práctica médica mediante la evaluación del desempeño individual del clínico como de los equipos clínicos que realizan procesos en conjunto, ejemplo algunos

procedimientos quirúrgicos, el propósito es la mejora de los procesos o servicios y no la obtención de un certificado de cumplimiento. En 1988 la Comunidad Europea creó la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) y hoy día se considera a este modelo como un enfoque de búsqueda de la excelencia. Aunque desde su inicio fue concebido¹¹ como un modelo de mejora continua que habría de ser revisado cada año, fue diez años más tarde cuando se revisó el modelo y se le dio el nombre de modelo de excelencia EFQM: Que hoy día constituye un marco de referencia para estructurar, evaluar y mejorar la gestión de la calidad de cualquier organización. Tiene como fundamento el concepto de calidad total. Con experiencias en otros países, entre ellas el Premio Malcom Baldrige de Estados Unidos y el Premio Demming de Japón, la EFQM establece el Premio Europeo de la Calidad, mismo que fue convocado y otorgado por primera vez en 1992.¹²

Es evidente que con el advenimiento del fenómeno de la globalización, se han insertando en la sociedad actual, en forma creciente, valores tales como la competencia, el bienestar económico de las instituciones públicas y privadas y el individualismo, por lo que se ha alterado la esencia del ser en el área médica.

Existe un grupo de estas tendencias que se refieren más específicamente a las organizaciones médicas y que han sido objeto de la atención de distintos autores, en nuestro país destacan las descritas por Ruelas (1997)¹³ y que se mencionan a continuación: a) Transición epidemiológica, que se refiere a la modificación de la pirámide poblacional de nuestro país, generándose un mayor mercado para la población de adolescentes y adultos jóvenes, y disminuyendo proporcionalmente la población infantil; b) Énfasis en la prevención sobre la curación, se aprecia un imperativo económico en el cual los altos costos de la atención de las enfermedades en especial las de tipo crónico, hacen necesario privilegiar las acciones preventivas como medida de alto impacto y bajo costo. Situación que permea incluso con las compañías de prepago o administradoras de servicio de

salud, con un afán de controlar los costos, exigencia que incluye a instituciones del sector público; c) Mayor exigencia del consumidor. De esta manera es notorio cómo los usuarios de los servicios día a día son más exigentes.¹³

En el área de la prestación de servicios de salud, uno de los elementos fundamentales en el proceso de atención, lo constituye el expediente clínico, elemento fundamental para el registro de las acciones que se llevan a cabo en la atención clínica del usuario, en este caso, el paciente. En 1998, en el Diario Oficial de la Federación se publicó la Norma Oficial Mexicana NOM-168- SSA1. Con su modificación el año 2003 en los numerales 5.6 (confidencialidad y manejo de la información) y 5.11 (empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicación) que define el formato y el contenido adecuado para los expedientes clínicos, aplicable a todas las unidades relacionadas con la prestación de servicios de salud, tanto públicos como privados. Independientemente de su complejidad o dimensión, este documento cobra un inmenso valor oficial, e incluso legal.¹

- **Expediente Clínico**

El expediente clínico es el resultante de la entrevista médico – paciente, y la bitácora de cada individuo hospitalizado; el expediente guarda los datos clínicos ordenados de cada caso clínico que llega al hospital, o de cada paciente al ingresar en un consultorio, y en él se van acumulando las opiniones diagnósticas de quienes participan en su elaboración.

El expediente clínico es definido por la NOM–168-SSA1, como un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias. En el cual destacan tres aspectos fundamentales:

1. Aspecto médico (registros y anotaciones de la evaluación del paciente)
2. Aspecto informativo (médico – enfermeras, médico – paciente)
3. Aspecto legal (evidencia contra demandas y/o quejas). Por lo que debe conservarse por un período de cinco años a partir de la fecha del último acto médico.

Asimismo, la elaboración, integración y manejo del expediente clínico tiene gran importancia en la docencia, atención a la salud bucal, investigación y actividad médico – legal.¹⁶

1. Docencia

En el proceso de enseñanza – aprendizaje, el expediente clínico es utilizado como instrumento didáctico, que proporciona evidencia real y documentada de la

situación pasada, presente y futura del proceso salud–enfermedad en la población objeto de estudio, permitiendo conocer las necesidades de atención y tratamientos realizados, que orienten el nivel de avance del conocimiento.¹⁷

2. Atención a la salud bucal

Con relación a la atención odontológica y estomatológica de la población, el expediente permite obtener información que coadyuve al mejoramiento de los tratamientos a través de la planeación, revisión, estudio y evaluación general del proceso de atención.¹⁷

3. Investigación

Con relación a la investigación, permite utilizar la información que en él se encuentre para el desarrollo de proyectos de investigación en la salud pública. Resaltando los códigos de confidencialidad de los pacientes, además de solicitar por escrito el uso de la información con fines de investigación.¹⁷

4. Actividad médico legal

Con relación a éste rubro, proporciona un elemento de importancia, para afrontar problemas de carácter médico legal en el área profesional de salud bucal – paciente, ante autoridades competentes y sanitarias, o para conocer las probables causas de muerte o patología presente en un caso particular.¹⁷

- **Estructura general del expediente clínico odontológico**

La NOM – 168- SSA1, en su numeral **5.14** expresa que la integración del expediente odontológico se ajustará a lo previsto en el numeral **8.3.4 de la NOM-013-SSA2-1994, para prevención y control de enfermedades bucales.**

El cual establece que el expediente odontológico debe contar como mínimo con los siguientes documentos:

- Historia clínica, la cual debe contener historia personal y familiar de antecedentes patológicos y no patológicos (ficha de identificación),
- Padecimiento actual,
- Odontograma (inicio y término del tratamiento),
- Diagnóstico (a partir de la exploración visual, manual e instrumentada del aparato estomatognático en su conjunto) y tratamiento,
- Informes de estudios de gabinete y laboratorio en caso de que se requiera, y
- Notas de evolución (las cuales deberán actualizarse y documentarse en la historia clínica).

Es de suma importancia que los datos recabados durante el diagnóstico clínico queden registrados en la historia clínica del paciente con la firma del estomatólogo responsable de la elaboración.

Por ello es de suma importancia promover la adecuada elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico, apegado a las normas oficiales y preceptos legales de injerencia, con el fin de mejorar la calidad de atención al paciente, ya que con la mayor cantidad de datos disponibles sobre sus estado de salud actual y pasado, se podrá contar con elementos de juicio que coadyuven a obtener un

diagnóstico acertado y por tanto proyectar el plan de tratamiento más adecuada a la necesidades del paciente y acorde con su estado de salud, además de cumplir con las normas oficiales y leyes de salud que son de observancia general en el territorio nacional y obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público y privado, incluidos los consultorios en los términos previstos en las mismas.¹

El expediente clínico odontológico, de acuerdo con la norma técnica 52¹⁹ y normas oficiales NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico¹ y la NOM-013-SSA2-1994 para la prevención y control de enfermedades bucales,¹⁸ así como la Ley General de Salud en relación con el Reglamento de la misma ley en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica,¹⁶ deberá quedar conformada con apego estricto a la normativa actual con la documentación siguiente:

- Carta de consentimiento informado.
- Historia clínica
- Hojas de evolución.
- Hojas de interconsulta.
- Receta médica
- Solicitudes de estudios de laboratorio y gabinete.
- Solicitud de estudios radiográficos.
- Nota clínica de urgencia, la cual, no sustituye a la historia clínica general, y debe ser integrada después de haber tratado la urgencia en el expediente clínico.

Es pertinente aclarar que la historia clínica no debe considerarse como sinónimo de expediente clínico, por lo cual, tampoco lo sustituye, sino que lo complementa.

En el sentido, de que la historia clínica tan sólo es una relación ordenada, detallada de datos y conocimientos personales como de familiares, actuales como anteriores, del paciente, cuya función es, dar base a un juicio concluyendo su

enfermedad actual. No olvidando el claro paralelismo con la asistencia sanitaria, llegando a formar parte **principal del expediente clínico, como un documento médico legal.**¹⁹

Por lo anterior, el valor que tiene cada expediente clínico es imponderable; como ya se mencionó, suele contener datos confidenciales y es un documento médico-legal que sirve de base para la asistencia, la docencia e investigación.

El cual, trasciende la relación médico-paciente. Para el enfermo significa confianza, para el médico tratante, es la base de datos que le proporciona elementos para su diagnóstico y tratamiento, es su constancia del trabajo realizado, y contiene el material con el que va a delinear programas de estudio, de investigación o de tratamiento para el caso específico. Para el médico en formación es el instrumento de aprendizaje más valioso, útil para las sesiones clínicas; en las cuales se relaciona la teoría con la práctica y para la enfermera, es el instrumento de comunicación con los médicos tratantes.

Por lo tanto, investigación y calidad de atención interactúan, pero ambas exigen una buena base de datos fincada en la calidad del expediente clínico. Gran relevancia adquiere el expediente clínico para la informática médica, y por medio de los datos estadísticos, apoya la planeación estratégica. El expediente clínico, por lo tanto, debe mantenerse por un periodo mínimo de 5 años para cualquier aclaración.

- **Errores más comunes en el uso del expediente clínico**

Líneas reportadas en dos estudios que evalúan el grado de cumplimiento de los expedientes clínicos con respecto a la norma oficial, uno de ellos reportado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (1997) señala que 71% de los expedientes evaluados se encontraban incompletos y que la mayoría carecían de notas de ingreso, revisión, preoperatorias, pre anestésicas y que 50% de estos no tenía nombre del médico en las notas.¹⁵

Otra de las experiencias reportadas es precisamente entre personal del área de ciencias de la salud de la Universidad Veracruzana que reporta los resultados de la evaluación de expedientes en relación con la atención obstétrica en un Hospital de Gineco obstetricia durante 1997, revisando en forma aleatoria un total de 1200 expedientes y encontrando que el 85% de los expedientes se encontraban incompletos, y que en la mayoría se carecía de registro de signos vitales e inconsistencias en el parto grama y existían deficiencias hasta en el 50% de las historias clínicas, y en el 96% se carecía de firmas del médico tratante.¹⁵

De los errores más comunes en el manejo del expediente clínico podemos mencionar los siguientes (Fig. 1 y 2):

1. Proporcionarle al paciente su expediente clínico, cuando lo correcto es proporcionarle un resumen del mismo, exclusivamente. Esto en razón, a que ante una demanda o queja, tengamos un documento con el cual ampararnos.
2. No cuidar y mantener el expediente como mínimo cinco años.
3. No documentar la autorización o consentimiento de los tratamientos a realizar o realizados.

Fig. 1. Encimar los números o sobrescribir la respuesta es uno de los errores más comunes en el llenado de la historia clínica.

Edad	13	Sexo	M	F	Delegación de residencia	Tlahuac
<u>Conteste en caso de que el paciente sea menor de 15 años:</u>						
<u>Ocupación de los padres</u>						
1) obrero	2) empleado	3) comerciante	4) técnico	5) profesional	padre	7
6) hogar	7) desempleado	8) jubilado			madre	5
<u>Escolaridad de los padres (asentar la escolaridad concluida)</u>						
1) ninguna	2) primaria	3) secundaria	4) preparatoria	5) educ. técnica	padre	5
6) universidad					madre	6

Fuente: Historias clínicas de la materia de Odontología Preventiva y Salud Pública II

Asimismo, los errores más comunes en el desarrollo del expediente clínico son:

1. Elaborar el expediente clínico con letra no legible.
2. Uso de abreviaturas en el llenado del mismo.
3. Uso de lápiz para su desarrollo.
4. La omisión del llenado de apartados, por la respuesta negativa del paciente.
5. Letra ilegible y tachaduras.
6. Falta de firmas al calce de cada nota.
7. Uso de términos inadecuados o que pueden tener implicaciones legales.
8. Alteración del expediente clínico.²⁰

Fig. 2 y 3. Las tachaduras y el encimar las respuestas son errores muy comunes en el llenado de la historia clínica

Nombre del paciente	Soto Jaimes Josue		56-10-27-37
Edad	05	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Delegación de residencia		COYOACAN	

Nombre del paciente	Salas Rodriguez Garala		36-18
Edad	10	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
Delegación de residencia		Navacalpan	

Fuente: Historias clínicas de la materia de Odontología Preventiva y Salud Pública II

Con la finalidad de identificar los errores más frecuentes, principalmente durante el interrogatorio, en el Hospital General de Cuba, se llevó a cabo la observación directa de 60 entrevistas médicas realizadas por residentes de Medicina Interna y se comparó la impresión diagnóstica de estos al terminar la anamnesis con el diagnóstico final. Se detectaron un promedio de 10 errores por entrevista; los más frecuentes relacionados con la información completa y otros de carácter técnico con influencia en la relación médico-paciente.^{21,22}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la última década se ha elevado el interés por evaluar la calidad de los servicios médicos, principalmente por las deficiencias en la atención de los pacientes, el aumento en las demandas de orden legal, producto de errores al establecer el diagnóstico, o bien, de integrar la historia clínica al expediente odontológico.

Una de las herramientas básicas para brindar un servicio de calidad es la integración adecuada del expediente clínico, el cual es un documento legal muy importante, ya que contiene el registro de los elementos técnicos esenciales para el estudio y la solución de los problemas de salud del usuario, permite así, valorar la actuación del servidor de la salud durante el trabajo clínico.

El expediente clínico tiene también otros usos como son la enseñanza, la investigación, la evaluación, administrativo y estadístico.

Se ha demostrado que la deficiente elaboración e integración del expediente clínico afecta la atención y seguimiento a los pacientes, teniendo como consecuencia un mal diagnóstico y tratamiento, Por otro lado, se ha visto frustrada o incompleta alguna investigación por la inadecuada condición de los expedientes clínicos.

En 1998 la Secretaria de Salud emitió la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico, ¹ con el fin de sistematizar, homogeneizar y regular su manejo, estableciendo su observancia obligatoria para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Con base en lo anterior, en el presente trabajo nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los principales errores que se cometen en el llenado de la historia clínica como parte integral del expediente odontológico?

JUSTIFICACION

La importancia que le da el alumno a las historias clínicas se debe a que el número de ellas, representa en la mayoría de los casos su calificación final, lo que conlleva a que el alumno no le de la importancia que merece. Lo que origina que su llenado sea incompleto, descuidado y en ocasiones erróneo lo que provoca tachaduras y correcciones sobre lo ya escrito.

Desafortunadamente el descuido de las historias clínicas como parte importante del expediente odontológico, también se debe al número elevado de estudiantes que atiende o revisa en ocasiones uno o dos profesores lo que conlleva a que se le dé más peso a la atención que a la revisión del correcto llenado de las historias clínicas.

Por ello, y sin el afán de descalificar a nadie, pretendemos tan sólo identificar cuáles son los principales errores en el llenado de la historia clínica de la materia de Odontología Preventiva y Salud Pública con la intención de reforzar los rubros en los que podemos tener debilidades o en caso contrario reforzar lo que se está trabajando.

Asimismo con el desarrollo del análisis de las historias clínicas pretendemos que el alumno comprenda que si bien, la evaluación se realiza con la entrega de las historias clínicas, las cuales evidencian su trabajo clínico, su calificación también depende del llenado correcto de las mismas.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los errores más comunes en el llenado de la historia clínica como parte del expediente odontológico realizado por estudiantes de Odontología Preventiva y Salud Pública Bucal II en el ciclo escolar 2006 - 2007.

Objetivos específicos

- Determinar el número de errores y/o aciertos más frecuentes dentro de los aspectos relacionados con información personal, información demográfica y antecedentes personales patológicos del paciente a partir de la clasificación omitido, insuficiente y adecuado.
- Identificar si existen señalamientos en los rubros con clasificación omitido y/o insuficiente por parte del responsable de la clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se eligieron al azar 60 historias clínicas provenientes de pacientes atendidos en la clínica de Odontología Preventiva y Salud Pública Bucal, del año lectivo 2006 – 2007.

La selección de las historias clínicas fue por factibilidad y para evitar sesgos de información. Debido a que en un principio se pensó en utilizar la información recabada en la Clínica de Admisión y de Diagnóstico de la Facultad, sin embargo, la información que se nos proporcionaría sería en una base de datos, es decir, ya procesada, lo cual, no nos permitiría conocer realmente los errores en el llenado de las historias clínicas.

Razón por la cual, se optó por solicitar las historias clínicas a profesores de Odontología Preventiva y Salud Pública II (OP y SP II) que manejarán el mismo formato de historia clínica, para tener uniformidad en las mismas. De tal forma, que se obtuvieron 60 engargolados con un promedio de 20 historias clínicas cada uno, posteriormente a partir de un muestreo sistemático se eligieron tres historias clínicas por engargolado, es decir, tres historias clínicas por alumno.

El análisis de las historias clínicas se realizó con base a las categorías: **omitido**, cuando el aspecto a revisar no se encontró en el expediente; **insuficiente**, cuando el aspecto a revisar estuvo presente y con deficiencias regulares (tachaduras, correcciones sobre texto, etc. y **adecuado**, cuando el aspecto estuvo presente y sin deficiencias.

Tomando como referencia los siguientes puntos: nombre del alumno, antecedentes generales del paciente (edad, sexo, escolaridad y ocupación de los padres, así como la del paciente), motivo de la consulta, padecimientos actuales,

enfermedades pasadas, antecedentes heredo familiares, odontograma, índice CPO y componentes (número de dientes cariados, perdidos y obturados), firma del profesor.

La revisión de las historias clínicas, se llevó en dos fases, la primera la realizó la alumna a cargo del estudio y la segunda los profesores responsables del trabajo escrito (tutor y asesor de tesina) en conjunto con la alumna. El tiempo dedicado para la revisión de cada historia clínica fue libre.

- **Tipo de estudio**

Observacional, descriptivo, retrospectivo

- **Población de estudio y tamaño de la muestra**

180 historias clínicas de la materia de Odontología Preventiva y Salud Pública del año lectivo 2006 – 2007.

- **Criterios de selección**

- **Inclusión:** profesores y alumnos que conserven en buen estado las historias clínicas de la materia de OP y SP II
- **Exclusión:** historias clínicas rotas, sucias, ilegibles por daños físicos y de otro año lectivo que no sea 2006 – 2007.

- **Análisis de la información**

Se elaboró una base de datos en el paquete SPSS (Statistical Package for the Social Sciences TM, versión 13.0), para el mantenimiento de la calidad de los datos y el análisis de los mismos. Se calcularon medidas de frecuencia y tendencia central, de acuerdo a las categorías: omitido, insuficiente y adecuado.

- **Consideraciones Éticas**

En razón a que el estudio fue descriptivo y sólo se recabó información a través de las historias clínicas sin importar el grupo ni el nombre del alumno, a cada profesor del área, y a cada alumno de tercer año, se le informó el objetivo del estudio de manera verbal invitándolo a participar de manera confidencial.

RESULTADOS

Parte I. Aspectos generales

El total de historias clínicas recabadas fue de 185, de las cuales sólo el 97.3% (180) conformó la muestra de estudio. Cada historia clínica fue revisada con base a su correcto llenado en función a los siguientes aspectos:

- Nombre del alumno.

Del paciente:

- Información personal,
- Antecedentes personales no patológicos (APnP) y patológicos (APP),
- Odontograma,
- Número de dientes cariados, perdidos y obturados, así como el valor del índice CPOD y,
- Firma de autorización del profesor.

Parte II. Descripción de los resultados

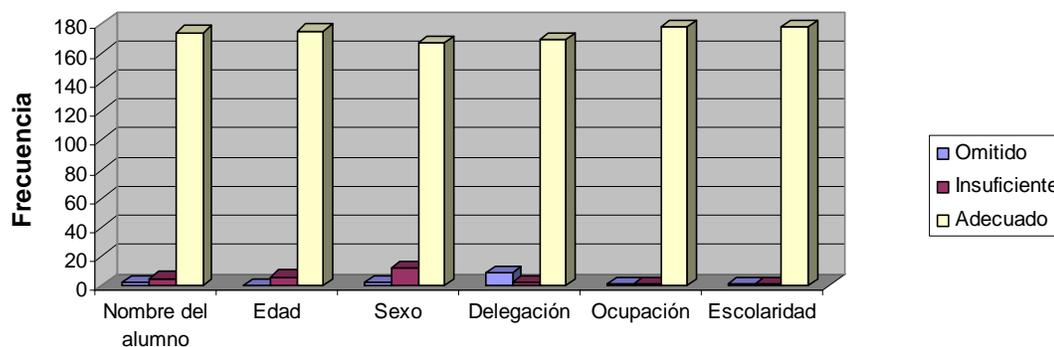
Respecto a la información personal del paciente, se observó que más del 90% de las historias clínicas, el aspecto de interés está presente y sin deficiencias, mientras que, en el menor de los casos (< del 2%), presenta omisión del aspecto a revisar. (Cuadro y gráfico 1)

Cuadro 1. Datos demográficos de pacientes de OP y SP II

Información personal	Omitido		Insuficiente		Adecuado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nombre del alumno	2	1	5	2	174	97
Edad	0	0	6	3	175	97
Sexo	2	1	12	6	167	93
Delegación	9	5	2	1	169	94
Ocupación	1	0.5	1	0.5	178	99
Escolaridad	1	0.5	1	0.5	178	99

Fuente: Información de pacientes de OP y SP II ciclo escolar 2006 - 2007

Gráfica 1. Información Personal de pacientes de OP y SP II



Fuente: Información de pacientes de OP y SP II ciclo escolar 2006 - 2007

Al revisar aspectos en función al motivo de la consulta, así como antecedentes personales no patológicos, los valores se presentaron de manera similar entre la categoría de omitido y adecuado, con valores en promedio superiores al 50%,

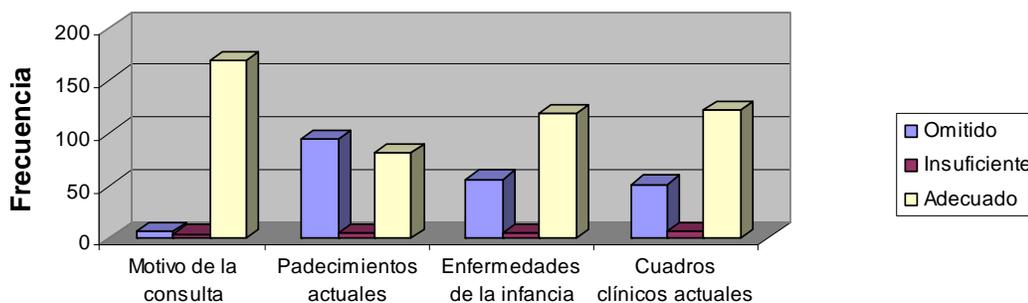
excepto para el aspecto de motivo de la consulta en la cual, 94% de las historias clínicas está completo. (Cuadro y gráfico 2)

Cuadro 2. Información epidemiológica de pacientes de OP y SP II

Información epidemiológica	Omitido		Insuficiente		Adecuado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Motivo de la consulta	7	4	4	2	169	94
Padecimientos actuales	94	52	5	3	81	45
Enfermedades de la infancia	56	31	5	3	119	66
Enfermedades que el recuerde	56	31	6	3	118	66
Cuadros	51	28	7	4	122	68

Fuente: Información de pacientes de OP y SP II ciclo escolar 2006 - 2007

Gráfica 2. Información epidemiológica de pacientes de OP y SP II



Fuente: Información de pacientes de OP y SP II ciclo escolar 2006 – 2007

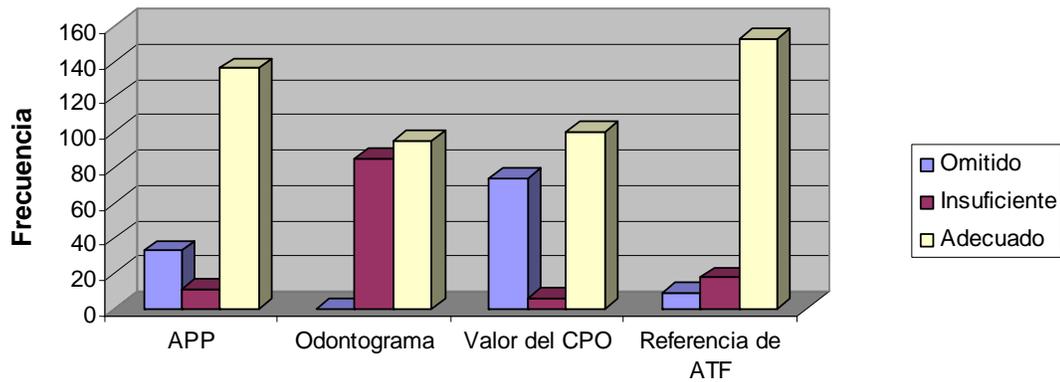
Continuando con la revisión de la información recabada en las historias clínicas, en el cuadro 3, se señala que más del 90% de las historias presentan aspectos adecuados, con relación a antecedentes personales patológicos, es decir, están presentes y sin deficiencias. (Cuadro y gráfica 3)

Cuadro 3. Antecedentes Personales Patológicos de los pacientes de OP y SP II

Información epidemiológica	Omitido		Insuficiente		Adecuado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
APP	33	18	11	6	136	76
Odontograma	0	0	85	47	95	53
Valor del CPO	74	41	6	3	100	56
Referencia de ATF	9	5	18	10	153	85

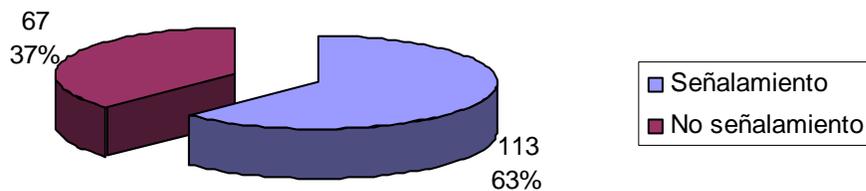
Fuente: Información de pacientes de OP y SP II ciclo escolar 2006 – 2007

Gráfica 3. Antecedentes Personales Patológicos



Por último, se revisó que cada historia clínica estuviera avalada por la firma del profesor, esperando encontrar que todas aquellas historias incompletas presentaran algún señalamiento en cada uno de los aspectos omitidos o insuficientes, encontrando los siguientes resultados. Gráfica 4.

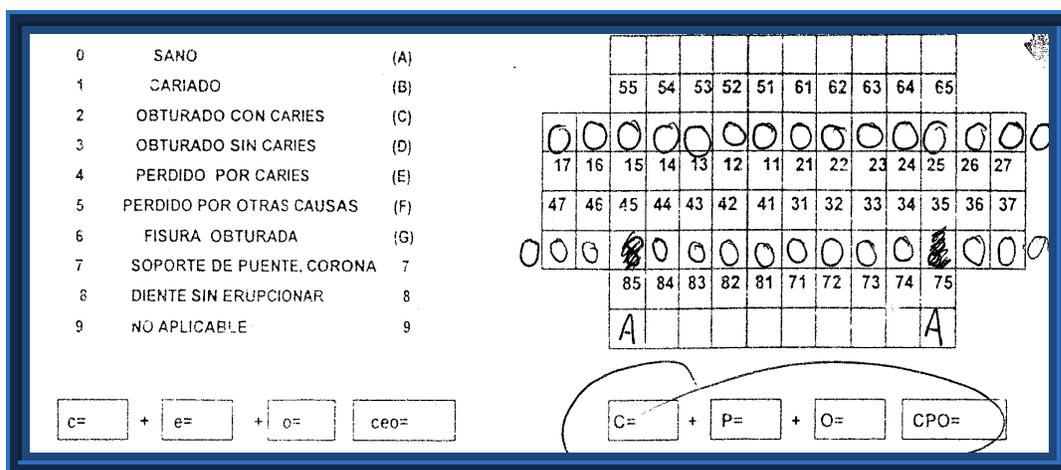
Gráfica 4. Autorización del profesor



Fuente: Información de pacientes de OP y SP II ciclo escolar 2006 – 2007

El 63%, es decir, 113 historias clínicas, presentan algún señalamiento con relación a los aspectos revisados anteriormente, sin embargo, aún falta hacer hincapié en un 37% (67) de ellas (Fig. 4)

Fig. 4. Señalamiento de los errores omitidos en el desarrollo de la historia clínica



Fuente: Información de pacientes de OP y SP II ciclo escolar 2006 – 2007

CONCLUSIONES

La finalidad de hacer una revisión en las historias clínicas no fue con el interés de resaltar los errores que profesores de la materia de Odontología Preventiva y Salud Pública II (OP y SP II), cometen durante la revisión de las historias clínicas de los alumnos. Se hizo pensando en la importancia que los alumnos tienen respecto al llenado de las historias clínicas y conocer cuáles son las deficiencias que los profesores tienen respecto a la revisión de las mismas, con la intención de dar a conocer mediante este documento cuales son los puntos a mejorar o reforzar.

Satisfactoriamente, al revisar los aspectos que conforman la historia clínica de OP y SP II fueron en un 90% adecuados; la categoría de insatisfactorio, sólo pudo observarse en el llenado del odontograma, lo cual puede entenderse debido a que el alumno se encuentra en un proceso de aprendizaje, por lo que se recomienda que el alumno realice el odontograma con lápiz y al finalizar la revisión del documento, por parte del profesor se complete con bolígrafo para evitar tachaduras o números encimados.

Respecto a la categoría de omitido, los aspecto más relevantes fueron aquellos que pertenecen a la parte de información demográfica del paciente y al valor del índice CPOD. Hay que hacer hincapié en los alumnos para que no omitan cualquier aspecto referente en la historia clínica, debido a que cada uno de ellos es importante.

En ocasiones, los alumnos por el tiempo que tienen respecto al desarrollo de su práctica clínica omiten preguntar las enfermedades pasadas, presentes y cuadros

clínicos de los pacientes, enfocando su atención en el odontograma y en la firma de autorización del profesor para poder iniciar el tratamiento, por ello, sugerimos que el profesor revise detenidamente el llenado de la historia clínica y no se firme hasta que no esté completa la historia clínica para que el alumno entienda la importancia de la misma.

Así mismo, sugerimos que la enseñanza de la historia clínica no sólo se enfoque en el ¿cómo se hace?, sino también en el ¿por qué se hace? Con la finalidad de forjar en el alumno, el hábito de realizar una historia clínica completa desde el primer contacto con el paciente, el cual, se da en la práctica clínica de la materia de Odontología Preventiva y Salud Pública.

Aunado a ello, es indispensable recalcar que la historia clínica como parte integral del expediente clínico, no sólo es un documento con el cual el alumno comprueba la atención del paciente y obtiene una calificación, sino que a través de él se puede conocer las debilidades o fortalezas del aprendizaje y es de suma importancia en la investigación cuando éste no presenta errores en su llenado. Y en ese sentido, es indispensable que el alumno comprenda que el correcto llenado del expediente clínico proporciona información suficiente para el desarrollo de mesas clínicas, las cuales son verdaderos talleres de enseñanza, proporciona la evidencia necesaria para enfrentar cualquier situación de queja y/o demanda, y sobre todo es una fuente interesante para el desarrollo de investigaciones epidemiológicas, clínicas, administrativas, o de cualquier otra índole.

RECOMENDACIONES

1. Revisar minuciosamente cada uno de los aparatos que conforman la historia clínica antes de ser autorizada por parte del profesor (s) responsable (s).
2. El apartado referente al odontograma se recomienda ser llenado a lápiz antes de la revisión del profesor y posteriormente remarcado con bolígrafo para evitar tachaduras o enmendaduras.
3. Hacer hincapié en cancelar los espacios en blanco para evitar confusiones en la revisión de la historia clínica.
4. Recalcar la importancia de la historia clínica como parte integral del expediente odontológico y su importancia como documento legal, como documento de enseñanza y como documento base para el desarrollo de investigaciones.

REFERENCIAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM – 168- SSA1 – 1998 del “Expediente clínico”. Diario Oficial de la Federación, 30 de septiembre de 1999.
2. Hidalgo MA, Aparicio RA, Cedillo NM. Calidad de la atención médica en muerte perinatal. I. Rev Méd IMSS 1995; 33:161-
3. Barreto-Penié J. La historia clínica: documento científico del médico. Ateneo 2000;1(1):50-5.
4. Rivera L, Fuentes RM, Esquinca AC, Abarca FJ, Hernández GC. Factores asociados a muerte perinatal en el hospital general de Chiapas, México. Rev Saúde Pública 2003; 37 (6): 687 – 692.
5. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. El expediente clínico y el consentimiento bajo información. Rev CONAMED 1997;1 (3):17-20.
6. Berwick, D. M. (1989). “Sounding Board: Continuous improvement as an ideal in health care”. N. Engl. J. Med., 320 (1), 53-7.
7. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. Estrategia: reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres. Programa de Acción: Salud Bucal. SSA México; 2001.
8. Pavón-León, P. *Evaluación del expediente clínico en la atención obstétrica*. Revista Médica de la Universidad Veracruzana 2002; 2(1).
9. Brown, C. R., Fleisher, D.S. “The by cycle concept relating continuing education directly to patient care”. N. Engl. J. Med. 1971; 284: 88-97.
10. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. El expediente clínico: documento de gran valor en la práctica médica, Rev. CONAMED 1997;1(2): 23-29.
11. Chassin, M.R., Galvin, R.W. “The Urgent Need to Improve Health Care Quality”. JAMA 1998; 280(11): 1000-1005.
12. Ruelas, E., Poblano, O. “Certificación y acreditación en los servicios de salud”. Colección Estrategias para Mejorar la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México 2005.

13. Ruelas,E. y Concheiro ,A. “*Tendencias a futuro de la organización de la atención médica en México*”. Fundación Mexicana para la Salud. México 1997; FUNSALUD.
14. Díaz Barriga, A. (1997).” Los programas de evaluación (estímulos) en la comunidad de investigadores”. Editorial Pensamiento Universitario. México.1ª. Edición. p.p. 37-52.
15. Rivas Mirelles. Mejora en el manejo del expediente clínico en el servicio de pediatría en un hospital regional. “Tesis de maestría”. Universidad Veracruzana.
16. Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.
17. Recomendaciones para la elaboración, integración y manejo del expediente clínico en campos clínicos estomatológicos, Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud/ comité de planeación/ subcomité de estomatología, mayo de 1999.
18. Norma Oficial Mexicana NOM – 013- SSA2 – 1994 para la prevención y control de enfermedades bucales, Diario Oficial de la Federación, 1 de junio de 1995, con modificación en el 2006.
19. Medrano J, Pérez FA. Expediente Clínico Odontológico. Editorial Trillas, México 2005.
20. Woodall R. Tratado de higiene dental. Editorial Salvat editores, España 1992.
21. Garrido B, Sánchez JA, Pueyo V. Odontología legal y forense. Editorial Masson, España, 1994. pp. 75 y 76
22. Seidel MH. Manual Mosby de Exploración Física. Editorial Mosby, Madrid 1993.