

“Determinación de los diferentes tipos de expedientes dentales (fichas clínicas) que son utilizados por los Odontólogos Generales en la ciudad capital de Guatemala y su aplicabilidad en el aspecto ético-legal en el año 2006”

Tesis presentada por:

ANA GUISELA MAZARIEGOS GIL

Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala que practicó el Examen General Público previó a optar al Título de

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, noviembre de 2006

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DECANO:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
VOCAL PRIMERO:	Dr. Sergio Armando García Piloña
VOCAL SEGUNDO:	Dr. Juan Ignacio Asensio Anzueto
VOCAL TERCERO:	Dr. César Mendizábal Girón
VOCAL CUARTO:	Br. Juan José Aldana Paiz
VOCAL QUINTO:	Br. Leopoldo Raúl Vesco Leiva
SECRETARIA ACADEMICA:	Dra. Cándida Luz Franco Lemus

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

DECANO:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
VOCAL PRIMERO:	Dr. Juan Ignacio Asensio Anzueto
VOCAL SEGUNDO:	Dr. César Mendizábal Girón
VOCAL TERCERO:	Dr. Edwin Ramiro González Moncada
SECRETARIA ACADEMICA:	Dra. Cándida Luz Franco Lemus

ACTO QUE DEDICO

A DIOS	Por darme la vida y permitirme culminar una etapa más. Ser mi luz, mi guía y darme fortaleza en todo momento.
A VIRGEN MARIA	Por ser ejemplo de amor y dignidad.
A MIS PADRES	Edgar Enrique Mazariegos Valdez y Aura Marina Gil de Mazariegos. Por el amor, apoyo y ejemplo que he recibido de ellos en todo momento. Con quienes comparto este triunfo.
A MIS HERMANOS	Pablo Francisco, Edgar Enrique y Luis Pedro por su cariño, comprensión y apoyo.
Y A TODOS AQUELLOS	Que en el momento preciso me brindaron su apoyo y palabras de aliento.

DEDICO ESTA TESIS

A Dios

A Guatemala

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

A la Facultad de Odontología

A mis catedráticos

A mis amigos y compañeros

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración, mi trabajo de tesis intitulado: “Determinación de los diferentes tipos de expedientes dentales (fichas clínicas) que son utilizados por los Odontólogos Generales en la ciudad capital de Guatemala y su aplicabilidad en el aspecto ético-legal en el año 2006”, conforme lo demandan los Estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Y a ustedes distinguidos miembros de este Honorable Tribunal Examinador, me dirijo con toda consideración y respeto.

INDICE

Sumario	2
Introducción	3
Antecedentes	4
Planteamiento del Problema	6
Justificaciones	7
Marco Teórico	8
Objetivos	20
Materiales y Métodos	21
Resultados	23
Discusión de Resultados	32
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias Bibliográficas	36
Anexos	38

SUMARIO

La presente investigación fue realizada en la ciudad capital de Guatemala durante los meses de junio y julio del 2006, teniendo como finalidad determinar los diferentes tipos de expedientes dentales (fichas clínicas) que son utilizados y su aplicabilidad en el aspecto ético-legal, para lo cual se tomó una muestra de odontólogos colegiados de la ciudad capital, en proporción a la población, utilizando un muestreo de tipo aleatorio simple probabilístico.

Se elaboró un instrumento recolector de datos, el cual fue respondido de manera voluntaria e individual por los odontólogos colegiados, para posteriormente analizar datos de interés, junto con este se solicitó el consentimiento informado para el presente estudio.

Se encontró que el 27% de odontólogos utilizan fichas preelaboradas y distribuidas por algún depósito dental, el 75 % elabora su propio formato de ficha dental y el 9.8% utiliza fichas elaboradas por casas comerciales. En el aspecto ético, el paciente firma la veracidad de su historia medica en un 67.4%. El 42.4% de los odontólogos utilizan el consentimiento escrito. El 51.1% de los odontólogos considera que su ficha cumple con aspectos éticos legales.

Por lo anteriormente descrito se concluye que no todos los odontólogos utilizan fichas adecuadas por consiguiente no llevan un buen registro clínico de sus pacientes, por lo que debería de implementarse un formato estándar para prestarle un mejor servicio de salud a los pacientes.

INTRODUCCIÓN

El expediente dental y, en general, todos los registros odontológicos, constituyen documentos de alto valor tanto odontológico, gerencial, legal como académico; su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia.

Por ello, es necesario administrar correctamente todos los mecanismos y procedimientos que siguen las historias clínicas desde su apertura, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad las demandas cada vez más exigentes de los pacientes/usuarios y de los prestadores de servicios de salud.

El odontólogo debe de tomar en cuenta las consecuencias legales de su actividad profesional, llenar correctamente los expedientes dentales y que estos contengan los elementos necesarios para sortear determinados problemas que les exijan brindar información a los órganos legales correspondientes en el país por ejemplo: Corte Suprema, Ministerio Público, Colegio Estomatológico etc.

La presente investigación se realizó con odontólogos colegiados que laboran en la ciudad capital, para determinar los diferentes tipos de expedientes dentales (fichas clínicas) que son utilizados y su aplicabilidad en el aspecto ético-legal.

ANTECEDENTES

La historia clínica ha sido definida de muchas maneras. Moya Pueyo y Col. (1994) en el libro: Odontología Legal y Forense. La definen como *“un documento fundamental en que se recoge la descripción ordenada, completa y precisa de la experiencia que el odontólogo obtiene en su relación directa y técnica con los pacientes”*^(12,13).

La historia clínica es necesaria como instrumento médico y jurídico; además de ser de utilidad en la investigación, la estadística, la docencia y la administración.

La historia clínica es un instrumento del que se valen varias personas: el médico, el psicólogo, el asistente social, el forense, el juez, el enfermero, el personal de estadística y el de administración, los médicos de otras especialidades en las interconsultas o estudios, el investigador, el docente, el estudiante, hasta el anatomopatólogo y el historiador⁽¹⁰⁾.

Sirva esta enumeración para que por sí sola hable de la importancia de la Historia Clínica y de la claridad con que debe ser redactada.

Es la Historia Clínica de hospitales o establecimientos un instrumento público y su contenido es protegido por el secreto profesional, artículo 223 del Código Penal de Guatemala. Decreto 17-73⁽⁴⁾.

Aspecto legal del expediente dental

El expediente dental es el documento, que trasluce el accionar del profesional en los aspectos técnicos, administrativos y legales y que puede ser requerido en cualquier momento por parte de las autoridades competentes. Al ser un testimonio escrito de la atención brindada al paciente, se convierte en una prueba de valor legal para demostrar la naturaleza de la patología padecida y la calidad del tratamiento recibido.

La confección de una correcta historia clínica dental y la implementación del consentimiento informado, contribuye a una adecuada defensa en caso de supuestas acciones legales contra el profesional prestador del servicio. Lo que allí conste pasará a ser una verdad y será representativa de la actuación del profesional en la atención del paciente. Además, un documento es una de las pruebas, que en sede judicial, sirve para demostrar la veracidad del hecho que se afirma.

Entre las características de la historia clínica dental están: la integridad, la precisión, la claridad, la legibilidad, y debe presentarse en una forma descriptiva y cronológica⁽⁹⁾.

Además, de que la historia clínica es un documento que sirve como prueba en sede judicial, sirve para demostrar la veracidad del hecho que se afirma. De ello se desprende la necesidad de confeccionarla de una manera clara, comprensible y explícita.

En México desde 1986 la Norma Técnica N° 52 define las características; que debían reunir los expedientes clínicos y señalaba la obligatoriedad de su observancia por parte de los prestadores de servicios de salud⁽⁶⁾. En cuanto al consentimiento informado del paciente, la Norma Oficial Mexicana, señala que en caso de aceptar el plan de tratamiento

propuesto por el cirujano dentista, este debe ser firmado por el paciente, y se debe incluir en el expediente clínico del mismo paciente ^(1,14).

La Ley General de Sanidad Española (1986) en el artículo 10 establece que todo paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de su proceso patológico. Lo que equivale a proclamar la obligatoriedad de la elaboración de la historia clínica de todo paciente que acuda en demanda de asistencia, sin ninguna excepción ^(9,13).

Moya Pueyo y Col. (1994) en el libro: Odontología Legal y Forense. Describe los aspectos éticos y legales de las historias clínicas:

- 1 Capacidad legal para la realización de historias clínicas.
- 2 Obligatoriedad de las prácticas de las historias clínicas.
- 3 Aceptación por parte del paciente.
- 4 Identificación del paciente.
- 5 Propiedad de las historias clínicas.
- 6 Privacidad de los datos de la historia clínica.
- 7 Conservación de las historias clínicas.

El Código de Ética Profesional, entre las normas para el ejercicio de la profesión de Odontología inciso C. Deberes para con las personas que reciben servicios; en el artículo 10. El estomatólogo tiene la obligación de responder a la confianza en él depositada por sus pacientes tratándolos a todos por igual, de acuerdo con este Código. Respetar su integridad física y moral evitando acciones o proposiciones que vayan contra el decoro y la dignidad. Realizar una intervención profesional que revele capacidad académica, científica, técnica y una auténtica voluntad de servicio.

Artículo 11. Está obligado el estomatólogo a guardar el secreto profesional ⁽³⁾.

“Quien con motivo de otorgamiento, autorización o formalización de un documento público, insertare o hiciere insertar falsa información concerniente a un hecho que el documento deba probar de modo que pueda resultar perjuicio, será sancionado con prisión de dos a seis años”.

“Quien hiciere todo o en parte de un documento público o alterare un verdadero de modo que pueda resultar perjuicio, será sancionado con prisión de dos a seis años”.

“El facultativo que extendiera un certificado falso, concerniente a la existencia o inexistencia, presente o pasada, de una enfermedad o lesión, cuando de ello pueda resultar perjuicio, será sancionado con multa de trescientos a tres mil quetzales”

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base en los antecedentes planteados, surgen como interrogantes de investigación las siguientes:

1. ¿Cuáles son los diferentes tipos de expedientes dentales, (fichas clínicas) que son utilizadas por los odontólogos en la ciudad de Guatemala?
2. ¿Tendrán información necesaria y suficiente para un soporte en el aspecto ético-legal los diferentes tipos de expedientes dentales utilizados por los odontólogos en la ciudad de Guatemala?

JUSTIFICACIONES

En Guatemala no existe un diseño definido de la ficha clínica dental, ni un normativo que legisle los aspectos de la ficha clínica dental. Actualmente no se ha realizado ningún estudio sobre los tipos de expedientes dentales que utilizan los odontólogos guatemaltecos en la ciudad de Guatemala. Por lo que se considera necesario obtener información acerca de los diferentes tipos de expedientes dentales que utilizan los odontólogos de la ciudad de Guatemala.

Se considera de gran importancia que el odontólogo esté capacitado llenar correctamente los expedientes dentales, tanto para llevar una buena administración clínica, como para brindarle información pertinente al paciente acerca de su diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento; llevar un registro radiológico de tratamientos realizados ya que las radiografías son consideradas el elemento principal en la defensa del profesional odontológico, tomando en cuenta las consecuencias de su actividad profesional para poder sortear determinados problemas.

MARCO TEORICO

La Historia Clínica fue definida por LAÍN ENTRALGO como *"el documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico para obtener el diagnóstico, el tratamiento y la posible curación de la enfermedad"*.

La historia clínica se introdujo en el campo de la medicina por Hipócrates (c. 460-c. 377 a.C.), el cual incluso señaló unas pautas para la recolección de datos. Aunque nunca se suprimió la práctica de la elaboración de las historias clínicas, hubo algunos momentos históricos en que se realizaban con menos frecuencia; es a partir del Renacimiento cuando comienza su práctica generalizada. A lo largo del desarrollo de la medicina y de la odontología, la historia clínica fue incorporando sucesivos capítulos, siguiendo un claro paralelismo con el desarrollo de la asistencia sanitaria ⁽¹²⁾.

Ernest Codman, (1910) Traumatólogo del Hospital General de Massachussets propuso estandarizar el resultado final de las hospitalizaciones. Y estableció que para ser cirujano se debían reunir una serie de condiciones: que todo paciente que vaya a ser operado debe tener un diagnóstico y que a todos los pacientes se les realizará una historia clínica. En 1913 se fundó el "American College of Surgeons" (ACS), el que incluyó entre sus objetivos el programa de tipificar los resultados finales; con el fin de seguir los tratamientos de pacientes y poder identificar los resultados clínicos erróneos y poder mejorar el cuidado de pacientes futuros para elaborar un mejor expediente clínico, cometiendo menos errores ⁽¹⁾.

Cuando aparece la especialización, el trabajo en equipo y la medicina hospitalaria, la historia clínica (ficha clínica) pasó a ser responsabilidad compartida de un grupo de profesionales. Esto obligó a estructurar la información de manera coordinada ^(2,14).

P. D. White (1931) planteaba en sus escritos que los datos a obtener del enfermo debían determinarse con anterioridad y estableció qué tipo de información quería recoger mediante el interrogatorio, la exploración física y los estudios de laboratorio; además indicaba cómo y cuándo iba a ver de nuevo al enfermo, y recogía las características que revelaban la personalidad del paciente ⁽²⁾.

Jean Penneau, (1996) Profesor de Derecho Médico de la Universidad de Paris, en el libro "La responsabilité medical" la define, con un doble significado: el objetivo de la historia clínica y el punto de vista legal *"Podemos decir que el expediente médico de un paciente es el documento o el conjunto de documentos en los cuales el médico consigna y conserva las informaciones que asegurarán a su paciente la continuidad de los cuidados que su estado requiere; Por decirlo de alguna manera, es el soporte y la prolongación de la memoria del médico"*. Se convierte así en la mejor fuente de información para evaluar la calidad de la atención brindada al paciente siendo un derecho de éste que se deje constancia en el mismo de todo lo que se le realiza ^(5,12).

El Dr. Manuel José Cumplido, (1999) la conceptualiza como: *“la relación ordenada, detallada y cronológica de todos los datos y los conocimientos, tanto anteriores como actuales, relativos a un enfermo, que sirve de base para el juicio acabado de la enfermedad, finalizando con el resultado obtenido y las condiciones en que el paciente abandona el centro asistencial”*. la llama expediente médico *“...Por ser un documento de tipo universal, donde debe quedar perfectamente registrada toda la actuación profesional que se le brindó a ese paciente, es que se transforma en un verdadero expediente...”*, es decir utiliza la palabra *“expediente”* para referirse al conjunto de documentos que la conforman, pues la historia clínica siempre está acompañada de radiografías, estudios de laboratorio, certificados, informes de interconsultas a otros profesionales especialistas, modelos etc.^(5,12).

La profesión de Cirujano Dentista en nuestro país está regulada por Estatutos del Colegio Estomatológico de Guatemala, el cual no tiene ningún normativo sobre los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración de la ficha clínica en la República de Guatemala.

Pocos son los estudios elaborados sobre los registros clínicos que llenan los profesionales, a pesar de su repercusión directa sobre la salud.

El odontólogo, debe estar capacitado para establecer empatía e indagar en una historia médico-odontológica minuciosa así como un examen clínico completo, y el manejo administrativo. Es muy probable que sea el primero en identificar otros padecimientos y debe dirigir al paciente a atención médica especializada.

Es por eso que cada vez se estrechan más las relaciones médico odontológicas, ya que el reconocimiento de la influencia que las entidades clínicas buco-dentales tienen sobre una gran variedad de enfermedades generales beneficiará la atención prestada al paciente, mejorando así las condiciones de salud del mismo, facilitando el manejo y elaboración del diagnóstico posibles planes de tratamientos que permitan mejorar la respuesta a las condiciones sistémicas.

La historia clínica es un documento ético-legal que nos aporta datos generales, historia médica y odontológica, datos patológicos y no patológicos actuales a través del examen clínico, llevará el record de tratamientos realizados.

En México (1998) fue establecido un formato, en la *“Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1-1998, del expediente clínico”*⁽¹⁷⁾. Debido a la relevancia de este documento se realizó un *“Estudio Comparativo de los Formatos de Historia Clínica en Escuelas de Odontología del Distrito Federal y Área Conurbana”* (1999)⁽¹⁾.

La Cátedra Odontología Legal, Ética e Historia de la Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste UNNE, Argentina, (2003) publicó un artículo *“¿Historia Clínica o Ficha Odontológica? Un Análisis,”* en donde realizó el análisis de diferentes fichas odontológicas utilizadas en la Facultad de Odontología, en los servicios asistenciales, obras sociales y las empleadas en la práctica privada. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de los requerimientos legales a tener en cuenta, teniendo presente el derecho que le asiste al paciente a una historia clínica, al valor probatorio que

posee este instrumento en juicio y a los requerimientos legales por parte de la normativa vigente ⁽¹²⁾.

En Lima, Perú (2005) La Dirección General de Salud de las Personas desarrolló la “Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud” la que establece las normas y procedimientos para la administración y gestión de la Historia Clínica a nivel del sector salud y estandariza el contenido básico de la Historia Clínica para garantizar un apropiado registro de la atención de salud, que es de aplicación nacional en todos los establecimientos de salud del Sector Público y Privado ⁽⁶⁾.

En apreciación general, la historia clínica es un instrumento médico– legal, de gran utilidad para el personal del área de la salud. Su importancia radica en el simple hecho de que es una herramienta útil en el centro de salud donde se labora (público o privado); como de orden judicial tanto para el reconocimiento forense o arbitrajes penales. La historia clínica de acuerdo con las normas generales de la ciencia de la salud, es el resultado del trabajo médico en el paciente, la realización de la fase cognoscitiva de la relación médico – paciente, el cual tendrán un análisis o síntesis que será conocido como diagnóstico y tratamiento ⁽¹⁴⁾.

Medicina y derecho parecen disciplinas un tanto divergentes, pero existe un puente: la medicina legal. Juristas y legisladores necesitan el conocimiento médico y los profesionales de la salud necesitan el conocimiento legal. Esta última necesidad se expresa en 2 niveles:

1. Deontológico: todas las profesiones de la salud requieren conocimientos sobre las leyes y elementos éticos que rigen la actividad profesional.
2. Pericial y forense: médicos, odontólogos y otras profesiones del área, deben poseer una sólida formación médico legal, que les permita desempeñarse adecuadamente en materias médico-legales o como peritos ⁽⁸⁾.

Moya Pueyo y Col. (1994) en el libro: Odontología Legal y Forense. Describe los aspectos éticos y legales de las historias clínicas:

Todas las legislación sobre historias clínicas , está referida a la asistencia pública o a la asistencia privada y se encuentra en los siguientes textos legales: a) Reglamento de 1972 sobre ordenación de la asistencia sanitaria en instituciones de la Seguridad Social, mediante el que se crean los servicios de historias clínicas en instituciones hospitalarias de la Seguridad Social, a la vez que se crean las llamadas comisiones de historias clínicas, y b) la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, que se ocupa de diversos aspectos de ellas.

Así, en el artículo 10 se establece que todo paciente tiene derecho a << que quede constancia por escrito de su proceso patológico>> lo que equivale a proclamar la obligatoriedad de la elaboración de la historia clínica de todo paciente que acuda en demanda de asistencia sin ninguna excepción.

En el artículo siguiente se determina la obligación que tiene todo paciente de firmar el alta voluntaria en aquellos casos en que no acepte el tratamiento. El significado de este precepto es claro, puesto que cuando el paciente no acepta el tratamiento, prueba que ha perdido la confianza en el médico o en el odontólogo, y éstos no pueden continuar prestando la asistencia ante tal situación.

Por otra parte, la misma ley se ocupa de un modo específico de las historias clínicas en su artículo 61, señalando textualmente que:

En cada área de la salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico sanitaria única para cada uno debe mantenerse, al menos dentro de los límites de cada institución asistencial, estando a disposición de enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad, personal y familia, y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica. Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos deberes y derechos.

De la lectura de los anteriores textos, así como de la aplicación de las normas de carácter general al ejercicio de la medicina y de la odontología cabe sintetizar los principales problemas que se plantean a los respectivos profesionales en relación con las historias clínicas:

- Capacidad legal para la realización de historias clínicas. No pueden caber dudas de que la realización de las historias clínicas presupone el conocimiento e integración de una serie de datos provenientes de los estudios médicos o, en nuestro caso, de los estudios odontológicos, que sólo el médico y el odontólogo tienen capacidad para la realización por sí mismos de las historias clínicas, y para dirigir y orientar su elaboración en todas sus partes. La realización por personal paraodontológico o paramédico, aunque queda claro, que bajo la dirección de médicos y de odontólogos, el personal anterior puede llevar a cabo determinados actos, cuyos resultados pueden integrarse ulteriormente en las historias clínicas.

Por lo que respecta a los estudiantes de odontología, el problema de la realización de las historias clínicas debe abordarse de una manera análoga a la del resto de los actos odontológicos que efectúan, es decir, sólo pueden llevarlos a cabo bajo la tutela y dirección de sus profesores, que de una manera progresiva les encomendarán cada vez actos más complejos y de mayor relevancia.

- Obligatoriedad de la práctica de las historias clínicas. Según se desprende de la legislación recogida anteriormente, en nuestro ordenamiento jurídico es obligatoria la práctica de las historias clínicas; por tanto, siempre que exista un tratamiento, tiene que ir precedido de la realización de una historia clínica, y ello tanto en el sector público como en el ejercicio privado de la profesión. Esta cuestión ha sido abordada incidentalmente por nuestra jurisprudencia, reiterándose en la confirmación de la obligatoriedad en todos los supuestos.

- Aceptación por parte del paciente. La realización de la historia clínica no supone, en general, un acto profesional del que pueda derivarse daño a los pacientes, por lo que su realización queda dentro del llamado consentimiento tácito que todo paciente otorga a su odontólogo por el hecho de solicitar su asistencia. De todas formas si en el transcurso de la realización de la historia clínica se plantea la necesidad de efectuar actos, tanto diagnósticos como terapéuticos o de prevención, que entrañen riesgo de daño para los pacientes, en estos supuestos habría de

recabarse un consentimiento completo y en ocasiones escrito, previa información al paciente.

- Identificación del paciente. En el ejercicio privado de la profesión se toma como filiación cierta la referida espontáneamente por el paciente, lo que no sucede en la asistencia pública, por lo que en ocasiones es preciso acudir a la identificación, sobre todo en aquellas áreas del ejercicio profesional que se van a suponer elevados costos asistenciales o se van a librar documentos a los pacientes que pueden ser generadores de derechos.
- La historia clínica y los derechos del enfermo. Nuestra Ley de Sanidad, de 1986, enumera los derechos de los enfermos españoles, tanto en el sector privado como en el público. El odontólogo ha de esforzarse en que sus actuaciones no representen, para los enfermos, cercenamiento de estos derechos y, aunque el odontólogo, y lo mismo los médicos y demás personal asistencial no son los legitimados para otorgar o no un derecho determinado, lo que si es cierto es que el pensamiento de los enfermos sobre si se respetan o no los derechos que le asisten va a depender, en gran medida, de la actitud del profesional, lo cual obliga a el odontólogo a actuar en todo momento en una línea tal que, desde la óptica de los pacientes no se pueda representar una limitación de sus derechos.
- Propiedad de las historias clínicas. Las historias clínicas, cuando se realizan en el sector público son propiedad de la institución asistencial correspondiente, y cuando se han elaborado en el sector privado, la propiedad ostenta el correspondiente profesional. Esta propiedad se extiende a la totalidad de los datos y documentos integrados en la historia clínica, tanto si han sido obtenidos mediante el pago de los gastos generados por parte del paciente como si no. Ahora bien, el odontólogo tiene la obligación de dar a sus pacientes, cuando éstos lo soliciten, copia de las partes de la historia clínica por las que se interesen, copia cuyos costos son asumidos por el profesional. Por lo que, en ocasiones entrega parte de los originales a los pacientes en vez de reproducirlos a sus expensas.
- Privacidad de los datos de la historia clínica. La totalidad de los datos que figuran en las historias clínicas tienen el carácter de confidenciales y secretos y no pueden trasladarse a terceros sin permiso expreso del paciente. No obstante, y como sea que las historias clínicas pueden cumplir otras finalidades que las meramente asistenciales, se considera lícito la tomo de datos con fines científicos, siempre y que se conserve el secreto respecto a la identificación de los enfermos.
En aquellos supuesto en que intervengan varios profesionales en la asistencia de un enfermo determinado, todos ellos están obligados por el secreto compartido, que les prohíbe suministra datos a cualquier persona ajena a las correspondientes actividades clínicas.
- Conservación de las historias clínicas. Como fácilmente se desprende de la legislación antes señalada en el ejercicio de la odontología en el sector público, las instituciones asistenciales están obligadas a proporcionar las instalaciones y elementos adecuados para la conservación de las historias clínicas y para su manejo

ulterior, de tal suerte que sólo los profesionales directamente implicados en el diagnóstico y tratamiento puedan tener acceso a ellas.

En la asistencia privada no existen reglas al respecto, si bien el odontólogo ha de mantener conservado por sí mismo el archivo de historias clínicas, con las debidas garantías para que terceros no tengan acceso a ellas, y, aun cuando no existe norma al respecto, se admite como costumbre de carácter general que las historias deben guardarse por un periodo de 15 años, a partir del último acto profesional con cada enfermo. Del mismo modo, cuando el profesional cese en sus actividades, bien por fallecimiento y otra causa, es de costumbre proceder al traslado del fichero de historias clínicas al correspondiente colegio profesional, para que de ello puedan beneficiarse los pacientes, siendo utilizadas las historias, en estos caso, mediante la observación de las reglas señaladas.

FINALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. El motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de la historia clínica y a continuarla a lo largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente.

Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar asistencia.

No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos de la historia clínica:

- a) Docencia e investigación: a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.
- b) Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.
- c) Administrativa: la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.
- d) Médico-legal:
 - Se trata de un documento público/semipúblico: estando el derecho al acceso limitado
 - Puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales
 - Existe obligación legal de efectuarla por normativas vigentes: Ley General de Sanidad, Ordenación de prestaciones sanitarias, Derechos de los Usuarios, Código Deontológico Médico, Normas Internacionales.
 - Elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional: tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al

convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento medicolegal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.

- Testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional.
- Instrumento de dictamen pericial: elemento clave en la elaboración de informes medicolegales sobre responsabilidad médica profesional. El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la integran, reconstrucción de la historia clínica, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente, personas que intervinieron durante el proceso asistencial, etc.⁽¹⁰⁾.

Dice el art. 15.3 del Código Deontológico Español " Las historias clínicas se redactan y conservan para facilitar la asistencia del paciente. Se prohíbe cualquier otra finalidad, a no ser que se cumplan las reglas del secreto médico y se cuente con la autorización del médico y del paciente" (Criado del Río. M. T, 1999).

La historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales españolas como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad para la que es imprescindible (López Muñoz. G, 1991)

Para el Código Deontológico Español en su art. 15.1 lo considera como un Derecho del Médico (El acto médico quedará registrado en la correspondiente historia o ficha clínica. El médico tiene el deber y también el derecho de redactarla)

El fundamento de la elaboración de la historia clínica se encuentra en su finalidad asistencial, como requisito de la prestación de una asistencia médica de calidad, por esta razón el médico no solo tiene el deber de redactarla, sino también el derecho de elaborar la historia clínica de cada paciente, con el tiempo y medios necesarios, ya que con ella garantiza la seriedad de su atención médica, al permitirle revisar en todo momento la naturaleza y evolución de las enfermedades y a que cualquier otro médico enjuicie clínicamente el caso antes de examinarlo, ya que es imposible recordar todos los problemas, tratamientos, "todo", de todos los pacientes (Herranz. G, 1992, citado por Criado del Río M. T, 1999.)

Vemos con estas citas cuán diferente es la idiosincrasia de aquellos países donde el Derecho Médico o Sanitario está instaurado y el nuestro donde todavía esta disciplina no está bien difundida y por lo tanto faltan leyes que regulen la prestación asistencial a sus ciudadanos. EFICACIA PROBATORIA⁽¹⁴⁾.

Es obvio el alto valor probatorio de la historia clínica en un juicio de responsabilidad médica, así como que la imposibilidad de la institución de suministrarla por extravío puede interpretarse como una conducta negligente generadora de culpa.

GRILLE ha señalado que su interés como medio probatorio radica en buena medida en el momento en que fue confeccionada, esto es, meses o años antes de que la fractura de

relación médico-paciente abriera paso a la reclamación. Es decir, que el médico no la confeccionó con la idea de protegerse de una acusación, sino que se trata de un documento clínico que refleja razonablemente los distintos aspectos del acto médico en cuestión. Por ello, en la mayoría de los casos, la existencia de una historia clínica bien confeccionada servirá para descartar la pretendida mal praxis, pese a ser un documento generalmente elaborado e incluso custodiado por el demandado.

No obstante, puede surgir de ella la prueba irrefutable de la culpa médica (impericia, imprudencia, negligencia). Y es en este sentido que algunos autores han entendido que si de la historia clínica surge prueba en contra del médico, ello equivale a una *"confesión anticipada y por escrito"* (LORENZETTI).

Este criterio no es acompañado por GALÁN CORTÉS, quien señala que *"dado que no es presumible, y menos aún en el supuesto de medicina ejercida en consulta privada y en régimen no hospitalario, que el facultativo que haya cometido un error grave o una imprudencia se dedique a documentarla minuciosamente, dejando así constancia de la vulneración, en mayor o menor grado, de la 'lex artis',[∞] no parece que la aportación del historial pueda considerarse equivalente a una confesión de culpabilidad elaborada con anterioridad a la iniciación de las diligencias criminales en contra del facultativo"*.

En todo caso resulta indiscutible el alto valor probatorio de la historia clínica, muy especialmente, cuando de ella surge prueba en contra del médico o la institución asistencial. Finalmente, se debe insistir en que la jurisprudencia extranjera reciente ha reforzado la responsabilidad del médico en aquellos casos en que la historia clínica no existe, se extravió o se confeccionó en forma negligente o insuficiente.

ESTRUCTURA DE FICHA CLINICA IMPARTIDA POR LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

El primer paso es identificar al paciente, para el manejo administrativo dentro de la clínica; los datos seleccionados son los siguientes:

- Datos Generales (D.G.) Nombre, dirección, número de teléfono, edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel educacional, nombre del medico, fecha.

El encabezado de la ficha dental para el paciente ambulatorio debe tener todos estos datos para identificar a nuestro paciente; de lo contrario no tiene valor legal como documento.

El segundo paso a seguir es evaluar el estado general de salud general de nuestro paciente.

- Motivo de Consulta (M.C.)
- Historia de la Presente Enfermedad (H.P.E.)
- Historia Médica Anterior (H.M.A.) cuestionario, comentarios y observaciones.
- Historia Odontológica Anterior (H.O.A.) cuestionario, comentario y observaciones
- Hábitos
- Examen clínico de cara, cuello, tejidos blandos, tejidos duros y ATM.
- Registro de la Oclusión
- Órdenes de laboratorio

[∞] La *lex artis* (ley del arte) es el criterio clave para determinar la existencia o no de responsabilidad médica, de tal modo que el centro argumental y probatorio en los juicios de responsabilidad médica se ubica en la cuestión de si hubo cumplimiento o apartamiento de ella.

- Roentgenogramas de ingreso y tx. realizado
- Estudios Especiales
- Pruebas de vitalidad Pulpar
- Evaluación Roentgenológica (mínimo 6 radiografías)
- Precauciones y cuidados especiales.
- Examen de tejidos de soporte y dentario.
- Odontograma.
- Diagnóstico.
- Plan de Tratamiento
- Cambios menores en el plan de tratamiento
- Cambio total en el plan de tratamiento
- Tratamiento efectuado
- Registro diario de tratamientos
- Diagramas
- Referencias
- Consultas y Observaciones
- Registro de pagos y deudas

FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

Deberá elaborarla el médico y constará de: interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente:

- Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas;
- Exploración física.- Deberá tener como mínimo: hábitos exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales;
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros;
- Terapéutica empleada y resultados obtenidos,
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

- Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);
- Signos vitales;
- Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- Diagnósticos y
- Tratamiento e Indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad;

En el caso de control de embarazadas, niños sanos, diabéticos, hipertensos, entre otros, las notas deberán integrarse conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas respectivas.

- Nota de Interconsulta.

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico.

La elabora el médico consultado, y deberá contar con:

- Criterios diagnósticos;
- Plan de estudios;
- Sugerencias diagnósticas y tratamiento.

Además de lo establecido en la presente Norma, la integración del expediente odontológico se ajustará a lo previsto en el numeral 8.3.4 de la NOM-013-SSA2-1994 Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales.

El expediente clínico debe contar como mínimo con los siguientes documentos:

- Historia clínica que contenga historia personal y familiar de antecedentes patológicos y no patológicos,
- Padecimiento actual,
- Odontograma,
- Diagnóstico y tratamiento,
- Informes de estudios de gabinete y laboratorio en caso de que se requiera, y
- Notas de evolución.

FORMATO DE FICHAS ESTOMATOLÓGICAS

Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud

Dirección General de Salud de las Personas Lima, Perú. (2005)

Ficha estomatológica del niño

Contiene lo siguiente:

- Edad
- Centro educativo, grado y sección
- Evaluación Odontológica
- Odontograma inicial y final
- Índice de caries
- Uso de cepillo
- Estado clínico de higiene dental
- Riesgo estomatológico
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional

Ficha Estomatológica del adolescente, adulto y adulto mayor

- Contiene lo siguiente:
- Edad

- Evaluación odontológica
- Odontograma
- Índice de caries
- Uso de cepillo
- Índice de higiene oral simplificado
- Índices de Placa Blanda y Placa Calcificada
- Estado de higiene
- Riesgo estomatológico
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional

Ficha estomatológica de la gestante

- Contiene lo siguiente:
- Edad
- Semana de gestación
- Evaluación Odontológica
- Odontograma
- Índice de caries
- Índice de higiene oral simplificado
- Índice de hemorragia gingival
- Estado de higiene
- Uso de cepillo
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional

HISTORIA CLÍNICA EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNNE.

Las mayorías de las Historias clínicas -en lo que respecta a la aspecto general del paciente y con algunas diferencias de poca significación- constan de los siguientes ítem a registrar:

- Identificación del paciente (datos filitorios)
- Motivo de la consulta,
- Antecedentes sistémicos: Alergias, diabetes, afecciones renales, pulmonares, neurológicas, oculares, hepáticas, tuberculosis, enfermedades venéreas SIDA, tabaco, alcohol, vacunación, antitetánica, tumores benignos o malignos, anticonceptivos, hipotensión hipertensión etc.

En otro orden, la mayoría de los autores coinciden que la historia clínica debe presentar una secuencia de datos que permitan obtener la mejor información para la atención del paciente.

Dicha secuencia, en general, consta de:

- 1) filiación del paciente
- 2) antecedentes personales y familiares
- 3) historia de la enfermedad actual
- 4) anamnesis por aparatos y sistemas

- 5) exploración física e instrumental
- 6) evolución de la enfermedad
- 7) terminación de la historia clínica
- 8) necropsopia y causas del fin de la relación odontólogo – enfermo.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- ✓ Determinar los diferentes tipos de expedientes dentales, que utilizan los Odontólogos Generales en la Ciudad Capital de Guatemala, y su aplicabilidad en el aspecto ético-legal.

Objetivos específicos

- Establecer los diferentes tipos de expedientes dentales que utilizan los odontólogos de la Ciudad de Guatemala.
- Comparar la estructura de los expedientes dentales utilizados por los odontólogos en relación a un modelo de un formato estándar.
- Determinar si los diferentes tipos de expedientes dentales que utilizan los odontólogos son válidos como documentos legales.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Transversal, de carácter descriptivo.

1. SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO

1.1 POBLACIÓN OBJETIVO:

Profesionales Odontólogos.

1.2 POBLACIÓN INCLUIDA EN EL ESTUDIO:

Los odontólogos colegiados en el Colegio Estomatológico que laboran en la ciudad capital, en clínicas privadas, según listado hasta el mes de mayo del año 2006.

1.3 MUESTREO

El sistema de muestreo que se utilizó fue de tipo aleatorio simple probabilístico, para que todo elemento del universo (población) pudiera ser incluido.

Fórmula para obtener la muestra del estudio

$$n = \frac{N (P) (q)}{N-1 \frac{LE^2}{LE} + (P) (q)}$$

n= tamaño de la muestra

N= Población de estudio

P= Frecuencia del fenómeno = 0.5

Q= 1-P = 0.5

LE= Límite de error= 0.1

Al realizar las operaciones correspondientes, se obtuvo el resultado de n= 92

Los odontólogos fueron seleccionados aleatoriamente por medio de la técnica de azar simple.

2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se tomó en cuenta clínicas privadas particulares de odontólogos generales colegiados que laboren en la ciudad capital inscritos en el Colegio Estomatológico, con fichas clínicas en papel.

2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se tomaron en cuenta las fichas electrónicas en el caso de que éstas fueran manejadas en la clínica.

3 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO:

3.1 METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fuente primaria: Odontólogos de Guatemala.

Fuente secundaria: Expedientes dentales.

INSTRUMENTO ^(VER ANEXO 1)

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario, de 33 preguntas.

3.2 PROCEDIMIENTO

El estudio se realizó durante el mes de julio del año 2006, con los odontólogos inscritos en el Colegio Estomatológico que laboran en la ciudad capital según listado, se distribuyó por zonas y se les aplicó un muestreo aleatorio simple, distribuyendo el instrumento recolector de datos en sus lugares de trabajo, entregándolo personalmente o dejando el cuestionario cuando el entrevistado no contaba con el tiempo suficiente para contestar el cuestionario en el momento.

Se recolectó información y se tabularon los datos.

En base al análisis de los resultados se obtuvieron cuadros, graficas y porcentajes.

Se realizaron conclusiones y se emitieron recomendaciones.

4 BIOÉTICA

Con la presente investigación se beneficiaran tanto los odontólogos como los pacientes con una futura mejor atención. Este estudio fue diseñado de manera que sus resultados sean confiables y replicables en beneficio de la humanidad. Los sujetos de la muestra de la investigación fueron seleccionados al azar sin discriminación alguna. Los resultados de esta investigación beneficiaran tanto a odontólogos como pacientes. El presente estudio fue revisado por expertos independientes quienes corrigieron y enmendaron el proceso de esta investigación para la aplicación de los principios éticos. Se solicitó por escrito el consentimiento de los odontólogos a dicho estudio en el cual los resultados son confidenciales. ^(VER ANEXO 2). Se respetó la libertad de decisión de los sujetos, en dado caso quisiesen retirarse de la investigación.

5 PROCESAMIENTO DE DATOS

Se tabularon datos obtenidos, los resultados se interpretaron según a porcentajes.

RESULTADOS

Los resultados se presentan a través del cuadro 1, con porcentajes de respuestas obtenidas en una muestra de 92 odontólogos en la ciudad capital de Guatemala en el año 2006 y gráficas de la siguiente manera:

Gráfica 1: En relación con los porcentajes de los diferentes tipos de expediente que utilizan los Odontólogos generales en la ciudad capital de Guatemala. En la que se puede observar que el 27.7% utiliza fichas distribuidas por algún deposito dental, el 75% elabora su propio formato y el 9.8% utiliza fichas patrocinadas por alguna casa comercial.

Gráfica 2: En relación con los porcentajes de las fichas clínicas que cumplen con aspectos ético- legal de odontólogos de la ciudad capital en el año 2006, solamente el 57.6% de los pacientes firma la aceptación de su plan de tratamiento.

Gráfica 3: En relación con los porcentajes del tiempo que los odontólogos de la ciudad capital en el año 2006 conservan los expedientes dentales de los pacientes después del último tratamiento realizado en su clínica dental. 54.3% de odontólogos guarda sus expedientes por 5 años, 15.2% los conserva por 10 años, y el 27.2% por más de 15 años.

Gráfica 4: En relación con la estructura de las fichas dentales con un formato estándar utilizados por los odontólogos en la ciudad capital en el año 2006 (fase I y II), el 54.3% de odontólogos no realiza el registro de oclusión; el 57.6% no realiza pruebas de vitalidad pulpar.

Gráfica 5: En relación con los porcentajes obtenidos de la comparación de estructura de las fichas dentales con un formato estándar utilizados por los odontólogos en la ciudad capital en el año 2006 (fase III, IV y V), el 52.2% toma radiografías de ingreso.

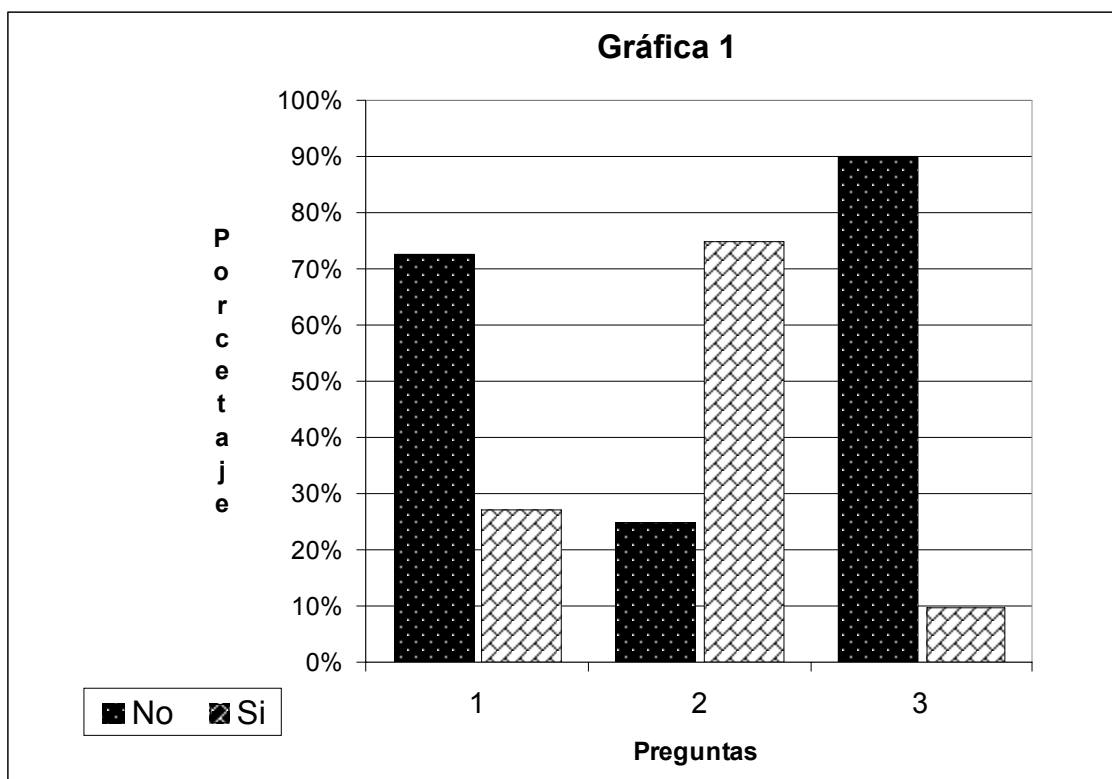
Gráfica 6: En relación con la estructura de las fichas dentales con un formato estándar utilizados por los odontólogos en la ciudad capital en el año 2006 (fase VI), el 100% de odontólogos lleva el registro de pagos y deudas.

CUADRO 1							
Porcentaje de respuestas obtenidas de 92 odontólogos de la ciudad capital de Guatemala en el año 2006							
		Porcentaje de respuestas					
No	Preguntas	5	10	15	más de 15	No	Si
1	¿Las fichas que utiliza en su clínica son distribuidas por algún depósito dental?					72.8%	27.2%
2	¿Usted elabora su propio formato de ficha dental?					25.0%	75.0%
3	¿Las fichas que utiliza en su clínica son patrocinadas por alguna casa comercial?					90.2%	9.8%
4	¿A todos los pacientes que atiende, les realiza una historia clínica detallada?					17.4%	82.6%
5	¿El paciente firma en su ficha clínica de la veracidad de la historia médica?					32.6%	67.4%
6	¿Tiene en cuenta el consentimiento informado?					37.0%	63.0%
7	¿El paciente firma en su ficha clínica aceptación del plan de tratamiento.?					57.6%	42.4%
8	¿Datos generales completos y número de identificación?					20.7%	79.3%
9	¿Por cuantos años conserva el expediente dental después del último tratamiento?	54.3%	15.2%	3.3%	27.2%		
10	¿Considera usted que su ficha clínica cumple con los aspectos ético-legal?					48.9%	51.1%
11	¿Motivo de Consulta (M.C.)?					9.8%	90.2%
12	¿Historia de la Presente Enfermedad (H.P.E.)?					15.2%	84.8%
13	¿Historia Médica Anterior (H.M.A.) cuestionario, comentarios y observaciones?					17.4%	82.6%
14	¿Historia Odontológica Anterior (H.O.A.) cuestionario, comentario y observaciones?					29.3%	70.7%
15	¿Hábitos?					42.4%	57.6%

CUADRO 1							
Porcentaje de respuestas obtenidas de 92 odontólogos de la ciudad capital de Guatemala en el año 2006							
		Porcentaje de respuestas					
No	Preguntas	5	10	15	más de 15	No	Si
16	¿Examen clínico de cara, cuello, tejidos blandos, tejidos duros y ATM.					51.1%	48.9%
17	¿Registro de la Oclusión?					54.3%	45.7%
18	¿Roentgenogramas de ingreso y tx. Realizado?					52.2%	47.8%
19	¿Estudios Especiales?					75.0%	25.0%
20	¿Pruebas de vitalidad Pulpar?					57.6%	42.4%
21	¿Evaluación Roentgenológica (mínimo 6 radiografías)?					48.9%	51.1%
22	¿Precauciones y cuidados especiales.?					13.0%	87.0%
23	¿Examen de tejidos de soporte y dentario.?					29.3%	70.7%
24	¿Odontograma?					20.7%	79.3%
25	¿Diagnostico.?					12.0%	88.0%
26	¿Plan de Tratamiento?					6.5%	93.5%
27	¿Cambios menores en el plan de tratamiento?					40.2%	59.8%
28	¿Cambio total en el plan de tratamiento?					59.8%	40.2%
29	¿Tratamiento efectuado?					5.4%	94.6%
30	¿Registro diario de tratamientos?					6.5%	93.5%
31	¿Referencias?					44.6%	55.4%
32	¿Consultas y Observaciones?					32.6%	67.4%
33	¿Registro de pagos y deudas??					0.0%	100.0%

FUENTE: INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

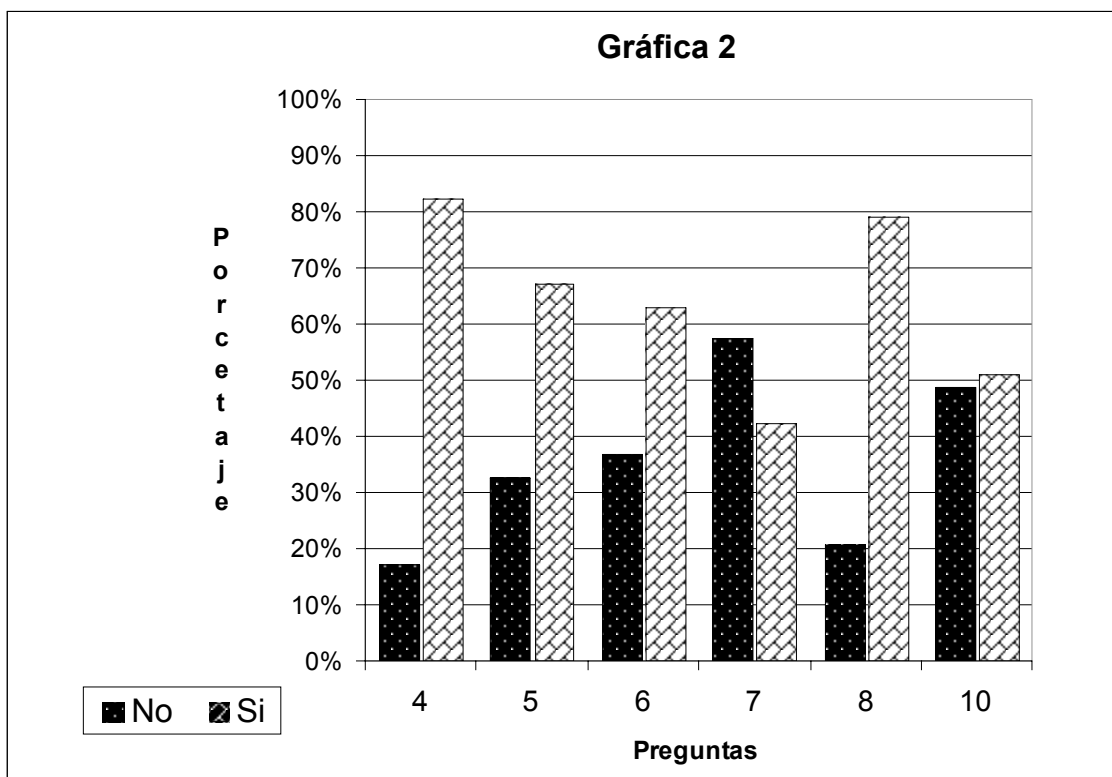
Porcentajes de los diferentes tipos de expediente que utilizan los Odontólogos generales en la ciudad capital de Guatemala.



FUENTE: CUADRO 1

No	Pregunta
1	¿Las fichas que utiliza en su clínica son distribuidas por algún depósito dental?
2	¿Usted elabora su propio formato de ficha dental?
3	¿Las fichas que utiliza en su clínica son patrocinadas por alguna casa comercial?

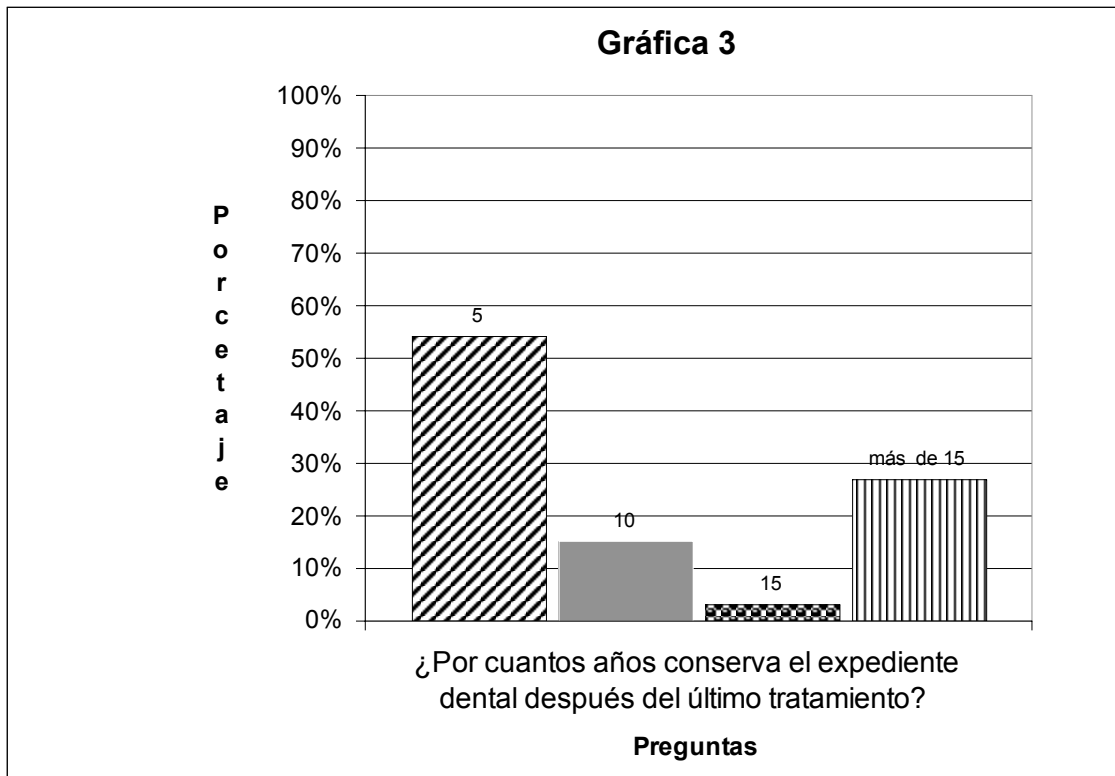
Porcentajes de las fichas clínicas que cumplen con aspectos ético- legal de odontólogos de la ciudad capital en el año 2006



FUENTE: CUADRO 1

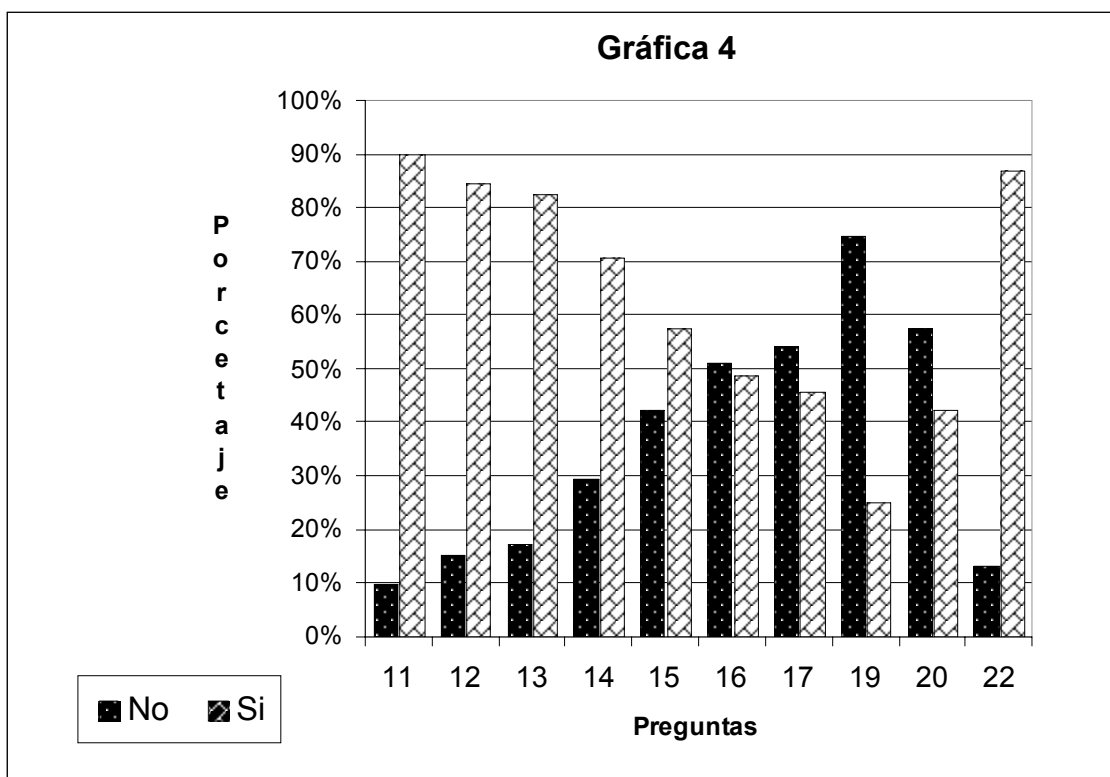
No	Pregunta
4	¿A todos los pacientes que atiende, les realiza una historia clínica detallada?
5	¿El paciente firma en su ficha clínica de la veracidad de la historia médica?
6	¿Tiene en cuenta el consentimiento informado?
7	¿El paciente firma en su ficha clínica aceptación del plan de tratamiento.?
8	¿Datos generales completos y número de identificación?
10	¿Considera usted que su ficha clínica cumple con los aspectos ético-legal?

Porcentajes con relación a los años que los odontólogos de la ciudad capital en el año 2006 conservan los expedientes dentales de los pacientes después del último tratamiento realizado en su clínica dental.



FUENTE: CUADRO 1

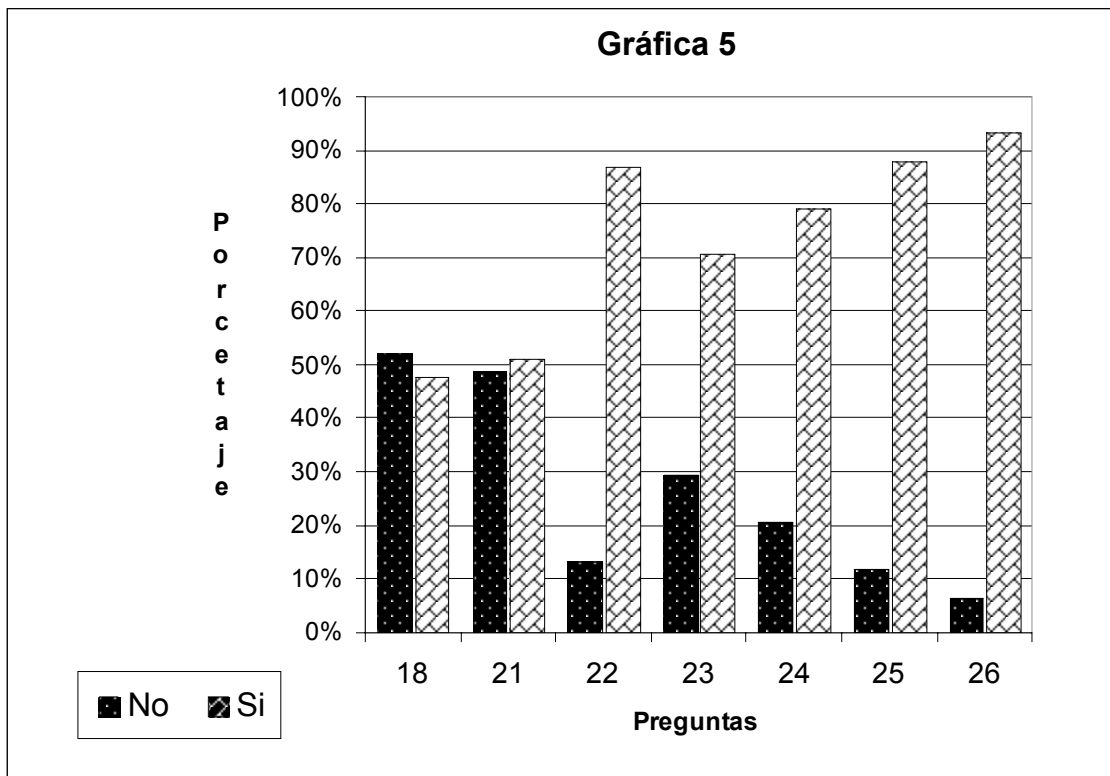
Porcentajes obtenidos de la comparación de estructura de las fichas dentales con un formato estándar utilizados por los odontólogos en la ciudad capital en el año 2006 (fase I y II)



FUENTE: CUADRO 1

No	Pregunta
11	¿Motivo de Consulta (M.C.)?
12	¿Historia de la Presente Enfermedad (H.P.E.)?
13	¿Historia Médica Anterior (H.M.A.) cuestionario, comentarios y observaciones.?
14	¿Historia Odontológica Anterior (H.O.A.) cuestionario, comentario y observaciones?
15	¿Hábitos?
16	¿Examen clínico de cara, cuello, tejidos blandos, tejidos duros y ATM?
17	¿Registro de la Oclusión?
19	¿Estudios Especiales?
20	¿Pruebas de vitalidad Pulpar?
22	¿Precauciones y cuidados especiales?

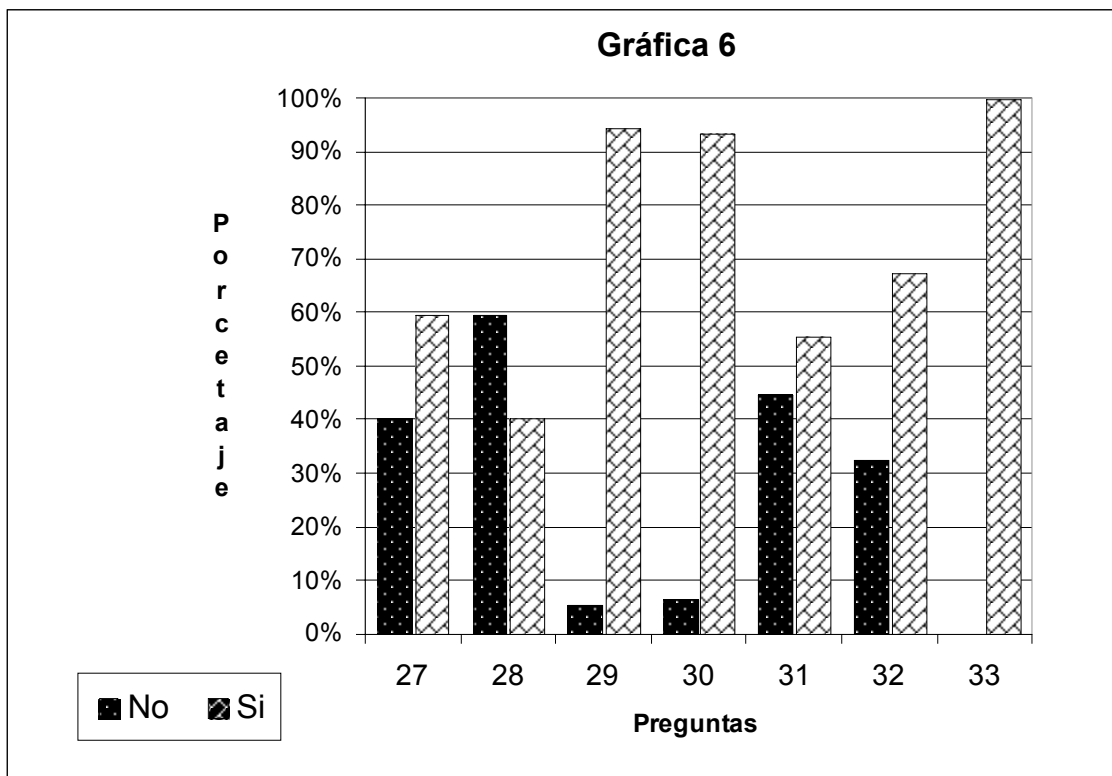
Porcentajes obtenidos de la comparación de estructura de las fichas dentales con un formato estándar utilizados por los odontólogos en la ciudad capital en el año 2006 (fase III, IV y V)



FUENTE: CUADRO 1

No	Preguntas
18	¿Roentgenogramas de ingreso y tx. realizado?
21	¿Evaluación Roentgenológica (mínimo 6 radiografías)?
22	¿Precauciones y cuidados especiales.?
23	¿Examen de tejidos de soporte y dentario.?
24	¿Odontograma?
25	¿Diagnóstico.?
26	¿Plan de Tratamiento?

Porcentajes obtenidos de la comparación de estructura de las fichas dentales con un formato estándar utilizados por los odontólogos en la ciudad capital en el año 2006 (fase VI)



FUENTE: CUADRO 1

NO	Pregunta
27	¿Cambios menores en el plan de tratamiento?
28	¿Cambio total en el plan de tratamiento?
29	¿Tratamiento efectuado?
30	¿Registro diario de tratamientos?
31	¿Referencias?
32	¿Consultas y Observaciones?
33	¿Registro de pagos y deudas??

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se encontró que el 27.2% de odontólogos compra sus fichas en algún depósito dental, el 75% elabora su propio formato de ficha dental y que solamente un 9.8% utiliza fichas patrocinadas por alguna casa comercial.

Se encontró que el 82.6% de odontólogos realiza una historia clínica detallada, que en el 67.4% los pacientes firman la veracidad de historia médica, el 63% de odontólogos tiene en cuenta el consentimiento informado, que en un 42.4% el paciente firma de aceptación al plan de tratamiento, que en un 79.3% tienen datos generales completos del paciente faltando en la mayoría de casos número de identificación, solamente el 51.1% de los odontólogos considera que su ficha cumple con aspectos éticos-legales.

Se encontró que el 54.3% de odontólogos encuestados guarda sus expedientes por un período de 5 años, 15.2% los guarda por 10 años, el 3.3% los guarda por 15 años y el 27.2% los guarda por más de 15 años.

Los expedientes dentales contienen: motivo de consulta el 90.2%, tiene historia de la presente enfermedad (H.P.E.) el 84.8%, historia médica anterior el 82.6%, Historia Odontológica Anterior 70.7%, Hábitos 57.6%, Examen clínico de cara, cuello, tejidos blandos, tejidos duros y ATM 48.9%, Registro de la Oclusión 45.7%, 25.0% Estudios especiales 25.0% Pruebas de vitalidad Pulpal 42.4%, precauciones y cuidados especiales 87.0%.

De los odontólogos encuestados el 51.1% realiza una evaluación roentgenológica (mínimo 6 radiografías), el 47.8% toma radiografía de tratamiento realizado, el 70.7% de las fichas tiene encasillado para examen de tejidos de soporte y dentario, 79.3% de los expedientes tiene odontograma, el 88% tiene diagnóstico y el 93.5% plan de tratamiento.

El 59.8% de las fichas tiene encasillado para cambios menores en el plan de tratamiento y el 40.2% tiene encasillado para el cambio total en el plan de tratamiento, el 94.6% tiene registro del tratamiento efectuado, el 55.4% tiene espacio para anotar referencias, el 67.4% tiene encasillado para consultas y observaciones y el 100% lleva registro de pagos y deudas.

Se observa que la mayoría de odontólogos no lleva bien sus registros clínicos ya que basan principalmente en plan de tratamiento y registro de pagos y deudas, esto probablemente se debe a que se utilizan formatos predeterminados y que estos no contienen espacios para detallar el diagnóstico, la historia médica que es de gran importancia, en algunos de los casos no toman en cuenta los aspectos éticos legales como firma y número de cédula del paciente.

CONCLUSIONES

Con base a los resultados encontrados se concluye que:

1. Los odontólogos utilizan diferentes formas de formatos de fichas dentales para sus pacientes.
2. Se encontró que el 27% de odontólogos utilizan fichas preelaboradas y distribuidas por algún depósito dental, el 75 % elabora su propio formato de ficha dental y el 9.8% utiliza fichas elaboradas por casas comerciales.
3. Al analizar se encontró que el 93.5% se enfoca en plan de tratamiento y el 100% en el registro de pagos y deudas, el 82.6 % presentaba una historia detallada.
4. En el aspecto ético-legal todo paciente atendido por los odontólogos, tiene derecho a que se le realice un expediente clínico odontológico con los elementos necesarios y a que se le explique todo procedimiento del plan de tratamiento y el pronóstico de los mismos.
5. En el aspecto ético, firma la veracidad de su historia medica el 67.4% de pacientes. El 42.4% de los odontólogos utilizan el consentimiento escrito.
6. Solamente la mitad de los odontólogos toma radiografías, que son las que proporcionan información valiosa para establecer la veracidad en juicios por mala práctica, y representa la información más confiable para identificación de cadáveres.
7. Solo el 51% de los odontólogos encuestados considera que su ficha cumple con aspectos ético-legales.

RECOMENDACIONES

En este estudio se recomienda lo siguiente:

1. Actualizar el conocimiento del gremio odontológico acerca de los aspectos ético-legales de las fichas clínicas.
2. Poner mayor énfasis en datos generales del paciente y que quede por escrito el número de cédula del paciente y que el firme la veracidad de su historia medica y aceptación del plan de tratamiento.
3. Realizar un formato con el contenido estándar mínimo sugerido para la elaboración del expediente para uso en clínicas dentales. Y darlo a conocer para que en base a este los odontólogos elaboren una ficha clínica completa para una mejor atención a los pacientes.

LIMITACIONES

Al visitar a los odontólogos en su clínica no contaban con tiempo para contestar el cuestionario y al regresar el siguiente día muchas veces no lo habían llenado.

En otros casos no se encontraban en la dirección del listado por lo que se encuestaba al siguiente en la lista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ángeles Cruz, J. L. et al. (s.f.) **Estudio comparativo de los formatos de historia clínica en escuelas de odontología del Distrito Federal y área conurbana.** (en línea) México: Consultado el 21 de Nov. 2005. Disponible en: <http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/-historiaclinica01oral.htm>
2. Barreto, J. (2000). **La Historia clínica: documento científico del médico.** (en línea) Consultado el 22 de Nov. 2005. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ate/vol11_00/ate09100.pdf, 1(1):50-5
3. Colegio Estomatológico de Guatemala. (1985). **Código de ética profesional.** Guatemala: El Colegio 27p.
4. Congreso de la Republica de Guatemala. (1996). **Código Penal.** Guatemala: Editorial Jiménez & Ayala Editores, 87p.
5. Cumplido, J. M. (s.f.) **Historia clínica: expediente médico - documental médica.** (en línea) Argentina: Consultado el 21 de Nov. 2005. Disponible en: http://www.saludline.com.ar/articulos/ver_articulo.asp?Id=490
6. DGSP (Dirección General de Salud de las Personas). (2005). **Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud.** (en línea) Lima, Perú: Consultado el 19 de Feb. 2006. Disponible en: www.minsa.gob.pe/.../dgs/normas%20de%20historias%20clinicas/NORMA%20DE%20HISTORIAS%20CLINICAS.doc
7. Espinosa, C.A. (2000). **Análisis de expedientes de queja del área de odontología.** (en línea). Consultado el 22 de Nov. 2005. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/Conamed/-Cnv06n17/espanol/Wcn0017-01.html>
8. Giménez, D. (2000). **La historia clínica: aspectos éticos y legales.** (en línea). España: Consultado el 18 de Feb. 2006. Disponible en: <http://www.ub.es/fildt/edc17.htm>
9. González W, L. et al. (2005). **Docencia e investigación medicina legal: situación actual y desafíos para las facultades de medicina de Chile.** (en línea). Consultado el 22 de Nov. 2005. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-98872005000700008&lng=es&nrm=iso vol.133, no.7, p.805-812. ISSN 0034-9887.



10. Iruretagoyena, M. A. (s.f.) **Aspecto legal de la historia clínica dental.** (en línea). Buenos Aires, Argentina: Consultado el 20 de Nov. 2005. Disponible en: <http://www.sdpt.net/legalhistoriaclinica.htm>
11. Leal, G.A. y Ruiz, A. (s.f.) **Método de Registro de la Ficha Clínica.** Guatemala: 9p.
12. Marietán, H. (1991). **La historia clínica: conceptos básicos.** (en línea). Consultado el 22 de Nov. 2005. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_12.htm 401-47.
13. Monzón Wyngaard, A.; Ariasgago, O. y Núñez, O. F. (2003). **¿Historia Clínica o Ficha Odontológica? Un Análisis,** (en línea) Argentina: Consultado el 22 de Nov. 2005. Disponible en: <http://www1.unne.edu.ar/cyt/2003/comunicaciones/03-Medicas/M-035.pdf>
14. Moya Pueyo, V. et al. (1994). **Odontología legal y forense.** Barcelona, España: Masson. 396p.
15. Rodríguez Almada, H. (2000). **Curso de formación sindical: responsabilidad médica.** (en línea) Montevideo, Uruguay: Consultado el 18 de Feb. 2006. Disponible en: http://www.smu.org.uy/gremiales/cfs/resp_medica.html#4.3%20-Lex%20artis
16. Secretaría de Salud.- Estados Unidos Mexicanos. (1995) **Modificación a la norma oficial mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales.** (en línea) Consultado el 14 de Ene. 2006. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/013ssa24.html>
17. _____ (1999). **Norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.** (en línea) Consultado el 20 de Nov. 2005. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
18. Sosa Lacruz, L. M. (s.f.) **De la historia clínica al diagnóstico.** (en línea) Venezuela; Dental Colombia: Consultado el 20 de Nov. 2005. Disponible en: http://www.dentalcolombia.com/docs/cxpatologia/drsosa/de_la_historia_clinica_al_diagnostico.htm



ANEXOS

CUESTIONARIO

ANEXO 1

El presente cuestionario servirá para la recolección de datos del trabajo de campo correspondiente a la tesis “Determinación de los diferentes tipos de expedientes dentales (fichas clínicas) que son utilizados por los Odontólogos Generales en la ciudad Capital de Guatemala y su aplicabilidad en el aspecto ético-legal en el año 2006”

1. Las fichas que utiliza en su clínica son distribuidas por algún depósito dental
SI _____ No _____
2. Usted elabora su propio formato de ficha dental
SI _____ No _____
3. Las fichas que utiliza en su clínica son patrocinadas por alguna casa comercial
SI _____ No _____
4. A todos los pacientes que atiende, les realiza una historia clínica detallada
SI _____ No _____
A quienes no _____
5. El paciente firma en su ficha clínica de la veracidad de la historia médica
SI _____ No _____
6. Tiene en cuenta el consentimiento informado
SI _____ No _____
7. El paciente firma en su ficha clínica aceptación del plan de tratamiento.
SI _____ No _____
8. Datos generales completos y número de identificación
SI _____ No _____
9. Por cuanto tiempo conserva el expediente dental después del último tratamiento
5 años _____ 10 años _____ 15 años _____ más de 15 _____
10. Considera usted que su ficha clínica cumple con los aspectos ético-legal
SI _____ No _____

La ficha que utiliza en su clínica cumple con los siguientes aspectos

11. Motivo de Consulta (M.C.)
SI _____ No _____
12. Historia de la Presente Enfermedad (H.P.E.)
SI _____ No _____
13. Historia Médica Anterior (H.M.A.) cuestionario, comentarios y observaciones.
SI _____ No _____
14. Historia Odontológica Anterior (H.O.A.) cuestionario, comentario y observaciones
SI _____ No _____
15. Hábitos
SI _____ No _____
16. Examen clínico de cara, cuello, tejidos blandos, tejidos duros y ATM.
SI _____ No _____
17. Registro de la Oclusión
SI _____ No _____
18. Roentgenogramas de ingreso y tx. realizado
SI _____ No _____
19. Estudios Especiales
SI _____ No _____
20. Pruebas de vitalidad Pulpar
SI _____ No _____
21. Evaluación Roentgenológica (mínimo 6 radiografías)
SI _____ No _____
22. Precauciones y cuidados especiales.
SI _____ No _____
23. Examen de tejidos de soporte y dentario.
SI _____ No _____
24. Odontograma
SI _____ No _____

25. Diagnostico.
SI _____ No _____
26. Plan de Tratamiento
SI _____ No _____
27. Cambios menores en el plan de tratamiento
SI _____ No _____
28. Cambio total en el plan de tratamiento
SI _____ No _____
29. Tratamiento efectuado
SI _____ No _____
30. Registro diario de tratamientos
SI _____ No _____
31. Referencias
SI _____ No _____
32. Consultas y Observaciones
SI _____ No _____
33. Registro de pagos y deudas?
SI _____ No _____

Estimado Doctor(a):

ANEXO 2

Respetuosamente me dirijo a usted deseándole éxitos en sus actividades diarias, el motivo del presente documento es para comunicarle que como estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala estoy realizando un estudio cuyo tema es “Determinación de los diferentes tipos de expedientes dentales (fichas clínicas) que son utilizados por los Odontólogos Generales en la ciudad Capital de Guatemala y su aplicabilidad en el aspecto ético-legal en el año 2006” por lo cual solicito a usted su colaboración para participar en la realización de dicho estudio.

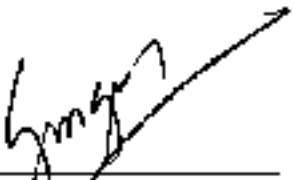
Como participante de este estudio responderá una evaluación escrita que consta de 33 preguntas acerca del tema anteriormente descrito y la información que se obtenga de esta evaluación será confidencial y no se divulgarán los resultados en un sitio diferente a una publicación odontológica universitaria así mismo tendrá libertad de retirarse del estudio en el momento que lo desee.

Yo _____ luego de comprender el contenido de este documento y la explicación autorizo la participación en el estudio anteriormente descrito.

Firma y fecha: _____

Ante cualquier consulta respecto a este estudio, puede contactarme en el 52039540 o guiselamaz@yahoo.com Atentamente, **Ana Guisela Mazariegos Gil**, encargada de la realización del presente estudio.

El contenido de esta tesis es único y exclusivo
de la autoridad del autor



Ana Guissela Mazariegos Gil

HOJA DE FIRMAS: Informe final.

Br. Ana Gulsela Mazariegos Gil
Sustentante

Dr. Erwin Ramiro González Moncada
Asesor

Dra. Karla Fortuny
Comisión de Tesis



Dr. Mario Taracena
Comisión de Tesis

Imprimase Vo.Bo.:

Dra. Cándida Luz Franco Lemus
Secretaría Académica

