

¿Historia Clínica o Ficha Odontológica? Un análisis

Monzón Wyngaard, Alvaro - Ariasgago, Olga L. - Núñez, Oscar F.

Cátedra Odontología Legal, Ética e Historia de la Odontología - Facultad de Odontología - UNNE.

Av. Libertad 5450 - (3400) Corrientes - Argentina.

Tel./Fax: +54 (03783) 457990 / 457992

E-mail: amonzonw@odn.unne.edu.ar

ANTECEDENTES

La historia clínica ha sido definida de muchas maneras. Moya Pueyo y Col. la define 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”*, en tanto que Cumplido la conceptualiza como la relación ordenada, detallada y cronológica de todos los datos y 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.

Citando a Jean Penneau, (Profesor de Derecho Médico de París) Rescata de su definición, un doble significado: el objetivo de la historia clínica y el punto de vista legal (Documento): *“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.

La ficha odontológica, a diferencia de las historias clínicas médicas poseen un formato o diseño predeterminado al cual el profesional debe adaptarse.

El propósito del presente trabajo consiste en establecer si la ficha dental, (comúnmente utilizadas en la labor cotidiana del Odontólogo), cumple las funciones de historia clínica y su repercusión en el ámbito jurídico. Para ello se parte de la hipótesis que el inadecuado diseño de las fichas odontológicas, no permiten al Profesional registrar toda la información que requiere la historia clínica.

Esta primera etapa constituye un momento de análisis (para el posterior diseño de investigación) en que se abordará desde dos enfoques: 1) La revisión de los diseños de fichas dentales utilizadas en la actualidad y 2) las implicancias y connotaciones jurídicas que conlleva.

Pensamos que estas perspectivas son diferentes e importantes a la vez en la formación del odontólogo, y es así que la idea de este trabajo es aproximarnos a emitir un juicio tentativo del valor de la ficha dental como historia clínica (tal como se la definido) y como documento.

A - Historia clínica en la Facultad de Odontología de la UNNE.

Las asignaturas presentan una historia clínica, (generalmente en formularios preestablecidos), donde se registran datos que abarcan tanto el estado general como el especial (Odontológico propiamente dicho). Este último, enfocado desde las particularidades esenciales que hacen a la especialidad que dicta la asignatura.

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:

a) Identificación del paciente (datos filitorios) – b) Motivo de la consulta y c) 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 y 8) necropsia y causas del fin de la relación odontólogo – enfermo.

Con respecto a la parte especial, cada historia clínica presente un diseño diferente según la especialidad, conteniendo detalles que hacen a una patología determinada.

Si bien el alumno es preparado para realizar una correcta historia clínica, en la práctica, muy pronto ésta es dejada de lado.

B - Ficha Odontológica:

1 - Fichas Privadas

Para la atención de pacientes en los consultorios privados, se observa el uso de la ficha odontológica cuyo formato básicamente es el siguiente:

- a- Datos filiatorios del paciente que conforma la sección administrativa.
- b- Odontograma: Es un esquema representativo de todas las piezas dentarias donde el profesional, a través de símbolos y colores, asienta el estado de la boca del paciente. Cada símbolo representa una práctica y los colores (comúnmente rojo y azul), las restauraciones realizadas con anterioridad y la patología actual que demanda un determinado tratamiento.
- c- Una columna (de no más de dos cm. de ancho) donde se detallan las prácticas y otra para los honorarios del profesional y la forma de pago pactada.

2 - Fichas de Obras Sociales

Caben las mismas apreciaciones de las fichas privadas, en cuanto a tamaño y formato. En ellas se observa lo siguiente:

- a- Datos filiatorios del paciente: Además este formato solicita datos del familiar del afiliado titular que va a ser atendido.
- b- Odontograma: con las mismas particularidades mencionadas arriba.
- c- Plan de tratamiento: Constan de columnas (con poco espacio) donde debe consignarse: fecha - Código (que representa la práctica) - Pieza dentaria - Cara (individualiza la región afectada por la patología que debe ser tratada) - Valor o arancel - Conformidad del paciente.

Los servicios odontológicos sanitarios del Estado utiliza también fichas con similares características.

C – Cuestiones legales:

La historia clínica es el documento por antonomasia 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, a los fines que hubiere lugar. 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. Tanto directivos de los centros de salud del que se trate, como el paciente y sus familiares, verán en la historia clínica el documento que les permitirá fiscalizar las prácticas llevadas a cabo para el restablecimiento del enfermo.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio exploratorio – transeccional de carácter descriptivo, teniendo en cuenta **las funciones que cumplen las historias clínicas**, tomando como referencia la clasificación que exponen Moya Pueyo y Colaboradores:

- **Asistencial:** La más importante, pero no la única. Esencialmente tiende a conseguir una correcta elaboración del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- **Investigación:** Permite delimitar datos nuevos, estudiar las correlaciones de unos con otros, comprobar la mayor o menor eficacia de los tratamientos de procesos anteriores, conocer la relación entre sintomatología y tratamiento, establecer el perfil de la atención y sus posibles desvíos, determinar las posibles causas de los fracasos odontológicos, indagar las características de un grupo poblacional de acuerdo a indicadores, metas y objetivos determinados de antemano, realizar estudios epidemiológicos.
- **Administrativa:** permite conocer datos de relevancia para la administración tanto si se trata del consultorio particular como el de una institución. A través de la información recogida y ordenada, permite el acceso rápido a la identificación de los procesos patológicos del paciente, traduce el comportamiento económico de la institución o del consultorio, facilita el volcado de datos en planillas que hacen a la organización y control de los recursos y agiliza la labor contable.
- **Control de calidad:** Una de las formas más rápidas y más precisas para conocer el nivel de calidad de una institución asistencial e incluso la de un profesional, es obtener una colección de historias clínicas obtenidas aleatoriamente, puesto que a través de ellas se conoce los procedimientos diagnósticos utilizados, los tratamientos y su eficacia, y si se han utilizados los métodos más idóneos a los fines de llegar a un rápido diagnóstico y restablecimiento del proceso patológico que aqueja al paciente.

Esta sistematización sirvió de base para identificar algunas posibles variables para su análisis, cuya matriz de datos presenta el siguiente diseño:

Función asistencial:

1. *Información del estado actual de la salud del paciente*
2. *Información que aportan datos para el establecimiento del diagnóstico:*
3. *Información de los tratamientos que realiza el profesional:*

Función de investigación:

1. *Datos que permitan estudios epidemiológicos*
2. *Información de seguimiento*

Control de calidad:

Referencias que posibiliten el registro de la evolución del tratamiento - evaluación de las prácticas odontológicas:

Se 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 recaudos 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.

RESULTADOS

Exponemos aquí un primer análisis desde los dos enfoques de la propuesta: a) el diseño de la ficha odontológica y b) los aspectos legales de la historia clínica.

A) Diseño de la ficha odontológica según sus funciones:

Función asistencial:

1. Información del estado actual de la salud del paciente:

- No existe un espacio adecuado para describir el estado general del paciente, como habíamos señalado al consignar los aspectos que deben quedar registrados en las historias clínicas.

2. Información que aportan datos para el diagnóstico:

- Carece de un diseño ad-hoc donde el profesional, pueda describir la anamnesis realizada, la exploración clínica y sus apreciaciones, los datos obtenidos a partir de radiografías, estudios de laboratorio, el estado de los tejidos blandos de la boca.

3. Información de los tratamientos que realiza el profesional:

- El espacio proporcionado es exiguo y solo permite consignar el nombre del tratamiento realizado o a realizar, y en las fichas de las obras sociales, éste es reemplazado por guarismos. Pero no existe el espacio adecuado para la patología. Deja librado al que analiza, la deducción de la afección a partir del tratamiento (N° - Código) señalado. Por otro lado estandariza tratamientos que no cubre la diversidad de criterios terapéuticos empleados por los profesionales. Tampoco está contemplado espacios donde el profesional vuelque la evolución del tratamiento, que en la atención odontológica, es de primordial importancia ya que la técnica exige más de una sesión operatoria o pasos intermedios. Además, como toda historia clínica, debería estar presente por escrito, la apreciación que de esta evolución vaya teniendo el odontólogo, los criterios del profesional, el pronóstico, el material utilizado, los instrumentos empleados por ejemplo en los tratamientos endodónticos. Más aún cuando pregonamos el concepto mencionado arriba de que “... la historia clínica es el soporte y la prolongación de la memoria del profesional”.

Función de investigación:

1. *Datos que permitan estudios epidemiológicos:* No existe cpod – cod -. Otras no tienen casilleros para registrar el número total de piezas dentarias; 2. *Información de seguimiento para su estudio:* La descripción de la técnica empleada, las condiciones en que ese tratamiento fue efectuado, los resultados, los fracasos, los motivos del mismo etc. serviría para recoger datos que permitirían contrastar prácticas, materiales, criterios en la elección del tratamiento. También debe tenerse en cuenta que la atención odontológica difiere según las zonas geográficas donde se preste el servicio, y aún tratándose de una misma población, existen variantes de acuerdo a los niveles de complejidad de los servicios públicos. Así también las prestaciones presentan distintos perfiles según se trate del sector público o privado. Factores todos que se pierden con una ficha odontológica escueta y que a la hora de necesitarse un relevamiento de datos para un diagnóstico de situación, no se puede contar con la información indispensable que requiere todo trabajo de investigación.

Control de calidad:

Referencias que posibiliten el registro de la evolución del tratamiento - evaluación de las prácticas odontológicas: existen determinadas normas que sirven de parámetros para el control de calidad de la prestación. Estas normas: jurídicas, científicas e institucionales, tienden a establecer patrones de calidad de la práctica. Por un lado limitan los abusos que se podrían cometer, de no existir la obligatoriedad de su cumplimiento, pero, como contrapartida, muchas veces no se compadecen con el caso clínico en cuestión. Cada paciente debe atenderse en forma integral y no es extraño que en muchas ocasiones el Profesional se vea en la obligación de apartarse de normas estrictas para su tratamiento, sin que esto vaya en desmedro de la salud del paciente. Ante estas cuestiones, que pueden suscitar problemas entre la auditoría, (que se maneja con fichas escuetas) y el profesional, que debe adaptar el tratamiento a ese paciente, se hace imprescindible la descripción del criterio adoptado por el profesional que justifique su accionar. Con esta actitud, se contribuirá a que se asienten registros representativos de la evolución del tratamiento, los problemas que se suscitan en el lapso del mismo y la solución adoptada. Información necesaria para evaluar la calidad de la práctica. Desde otro lugar, este comportamiento se acercará lo que definimos como historia clínica, donde deben quedar asentados los pasos que el profesional tuvo que realizar para arribar a la rehabilitación de ese paciente.

B) Aspectos legales de la historia clínica:

La confección correcta y completa de la historia clínica adquiere gran relevancia, en el momento de ser requerida por la autoridad competente para ser evaluada. 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 de el hecho que se afirma. De ello se desprende la necesidad de confeccionarla de una manera clara, comprensible y explícita, que al ser valorada no de lugar al accionar del profesional de la salud.

Tomando esta premisa enunciamos a continuación algunas de las recomendaciones fundamentales a tener presente:

a) Debe ser completa, no escrita de forma fragmentaria, aun cuando el paciente consulte con varios integrantes del equipo de salud, cada uno de ellos debe aportar los protocolos de las prácticas realizadas (conformando todos ellos partes del expediente médico que se va a ir agregando) – b) Debe incorporar los protocolos de los exámenes

complementarios oportunamente solicitados – c) Debe ser siempre escrita con letra clara y legible por parte de cualquier persona – d) La propiedad de la documentación corresponde al paciente y al centro asistencial en que se atiende. Ambas partes tienen derecho al acceso de la información, pero la guarda la debe tener el departamento de archivos con que debe contar todo ente asistencia sea público o privado – e) La responsabilidad del cuidado y mantenimiento en buen estado de ese material es del Director del establecimiento – f) Que sea contemporánea a los hechos; o sea, que se vaya escribiendo a medida que estos suceden y no después de que el paciente haya sido dado de alta – g) Que cada paso sea redactado por el médico actuante, identificándose al final con su firma y sello aclaratorio – h) Que se escriba con letra clara y legible para cualquier persona no médica – i) No se deberán usar abreviaturas, siglas ni números romanos, ni producir tachaduras ni enmiendas – j) Cuando un colega reemplaza a otro en la atención del paciente se debe dejar perfectamente consignado – k) En caso de interconsultas, hacer constar día y hora del pedido, momento de la realización, siendo fechada y firmada por el médico consultor – l) Se deberá trabajar con consentimiento informado, haciéndolo constar en la historia clínica.

Por otra parte, frente al derecho del paciente a ser informado y a acceder a la historia clínica, surge como contrapartida la obligación del médico de llevar un correcto registro del tratamiento.

Además las omisiones o inexistencias de la historia clínica hace presumir la culpa médica y puede perjudicar al profesional ya que aún cuando haya actuado con diligencia, entorpece la labor de reconstruir el cuadro clínico del paciente (Cumplido, 1997)

CONCLUSION

Del análisis de las fichas comúnmente usadas en odontología, se desprende la poca información que puede ser registrada, estando muy lejos de ser verdaderas historias clínicas, por otro lado, tanto las fichas que lleva el profesional para su propio uso y control como las de las obras sociales, tienen más datos con repercusión económica que otros con interés clínico (Moya Pueyo y Colaboradores, 1994)

No contemplan los requisitos básicos tal lo expresan los diversos autores consultados o como lo hemos expuesto al principio: carácter de expediente médico.

Además esta estandarización impide el fiel reflejo del estado de salud del paciente, ya que un número como son los códigos utilizados en la seguridad social, no tienen el mismo significado entre un paciente y otro. Precisamente una de las recomendaciones expuestas fue el de la no utilización de abreviaturas, siglas ni números romanos. Cada persona es un “todo” que debe ser evaluado en un determinado contexto social, ambiental, familiar, si realmente se desea responder al concepto que de Salud preconiza la OMS: “correcto estado de bienestar físico, psíquico y social”.

Pensamos que el Egresado paulatinamente va dejando de lado la historia clínica, porque debe adaptarse a la documentación exigida por las obras sociales.

Por lo tanto, la idea es consensuar con las distintas instituciones que otorgan servicios odontológicos, sean obras sociales, Salud Pública etc. la implementación de una historia clínica odontológica que integre toda la información para una atención de calidad, con un formato adecuado en la cual el Odontólogo pueda “**crear el hábito**” de registrar aquella información, que las más de las veces, se realiza en forma oral, o se pierde en su memoria.

Exponemos a continuación algunas consideraciones relevantes a tener en cuenta en el diseño de una historia Clínica odontológica: a) Que estén contemplados las principales características de la salud general – b) Que estén reflejados los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal – c) Que sea práctica, sencilla y rápida – d) Que posea espacios adecuados para el registro de los actos odontológicos que se realizan en cada sección operatoria (pasos intermedios) y las apreciaciones del profesional en cuanto a evolución y pronóstico – e) Que se tenga en cuenta el consentimiento informado.

BIBLIOGRAFIA

- Aranguren, E.C., Rezzónico R.A.: Auditoría Médica. Cap. Fed.: Centro Editor de la Fundación Favaloro, 1996:
- Briñon, E.: Odontología Legal y Práctica Forense. Buenos Aires: Purizón S.A., 1984.
- Cumplido, M.: Responsabilidad profesional del equipo de salud. Manual de información para la buena praxis. Córdoba: Alveroni Ediciones, 1997.
- Dambrosi, G.: Auditoría de la Atención Médica. Bs. As. Argentina: Ad-Hoc. SRL., 1995
- Garay, O. E.: Código de Derecho Médico. Legislación – Doctrina – Jurisprudencia; Ad – Hoc Villela Editor; Buenos Aires, 1999
- Defensa Médica. Cómo Prevenir Juicios de Mala Praxis; Editorial “Las Cabañas S.A.” y Janssen Cilag – Departamento de Relaciones Médicas; Buenos Aires, 1994/95
- Kraut, A.J.: Los Derechos de los Pacientes. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 1999.
- Lavalle H. M.: Defensa Médica II. Buenos Aires: Ediciones AGA, 1998
- Maglio, I.: Prevención de daños y Abogacía Hospitalaria. Buenos Aires: Arkhtypo, 1998
- Mobilio, José. Práctica de Buena Praxis para Médicos y Abogados; Editora Nuevo Pensamiento Judicial; Buenos Aires, 2000
- Mosset Iturraspe, J.: Responsabilidad Civil del Médico. 2ª edición actualizada. Buenos Aires: Editorial Universidad, 1995.
- Moya Pueyo, V. y otros: Odontología Legal y Forense. Barcelona. España: Masson S.A., 1994.
- Rodríguez Jordan M.: Mala Praxis Médica. Responsabilidad penal, civil y administrativa. Buenos Aires: Ed. Ciudad Argentina, 1998.
- Trigo Represas, F.A. y Stiglitz, R. S.: Responsabilidad Civil de los Profesionales. Buenos Aires: Editoril Astrea, 1995.
- Trucco R.: Socio economía odontológica – Manual de Práctica odontológica – Tomo 2. Bahía Blanca (Argentina): Establecimiento Gráfico de Araujo y Schwerdt, 1989
- Weingarten C.: Responsabilidad por prestaciones odontológicas. Buenos Aires: Editorial Astrea. 1997.