



La realidad de la historia clínica odontológica

Propuesta de un formato estandarizado

[The reality of clinical history odontológica](#), proposal of a standardized format

Bertha Vivanco Cedeño

Cirujano dentista y Mtra. en Inv. de Serv. de Salud.

Práctica privada.

Resumen

Se presenta un ensayo sobre la realidad de la Norma Oficial Mexicana No. 013-SSA-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales (D.O.F. 6/01/94), que comprende la introducción al tema, un sondeo con entrevistas a profesionales de la salud dental sobre los incisos de la Norma Oficial y su aplicación, así como la revisión de varios formatos y finalmente la propuesta de un formato de historia clínica odontológica.

Palabras clave: *historia clínica odontológica y normatividad*

Summary

A test appears on the reality of Official Mexican Norm No. 013-SSA-1994, for the prevention and control of buccal diseases (D.O.F. 6/01/94), that includes/understands the introduction to the subject, drilled with interviews to professionals of the dental health on the interjections of the official Norm and their application, as well as the revision of several formats and finally the proposal of a format of odontológica clinical history.

Key words: *clinical history odontology and normatividad*

Introducción

La mayor parte de los odontólogos tienden a brindar atención de manera inmediata y directa al problema que refiere el paciente, la mayoría de las veces sin realizar registro alguno que permita establecer parámetros mínimos que puedan ser validados posteriormente por otros cirujanos dentistas o especialistas, por tanto, se arriesgan a formar parte de aquellos casos que se presentan como negligencias médicas y sin defensa a su favor.

A este respecto, Espinoza precisa que en México, del total de quejas relacionadas con tratamiento odontológico, el 67% no presenta la documentación requerida por la Norma Oficial, sólo contaban, con alguna de la siguiente documentación: ficha odontológica, odontograma, o algún tipo de registro para cada uno de sus tratamientos; sólo el 5% presentó historia clínica, ficha de identificación y odontograma. Además, todos los casos atendidos carecen de formato firmado por el paciente para el tratamiento o consentimiento informado, y menos aún, de datos médicos generales del paciente. Esto no sólo se observa en el Distrito Federal, ya que el 20% de las quejas correspondieron a otra entidad del País.^{1,2} Si bien este fenómeno no es privativo de México, es importante señalar que su frecuencia se equipara al encontrado en países con menos desarrollo económico y nivel académico, como el caso de Colombia en el que se presenta una situación similar.³

Es claro que la atención dental, tanto en consulta privada como institucional, debe ser completa por quienes practicamos una profesión que va más allá de la destreza técnica que se requiere para realizar la restauración anatómo funcional del aparato estomatognático. En 1998, Soberón proponía que para el año 2000, el profesional de la odontología debería contar con el siguiente perfil: "Deberá ser un profesional completo académicamente hablando, con amplios conocimientos no sólo Odontológicos sino médicos en general o de medicina interna; deberá saber utilizar los adelantos tecnológicos vigentes en comunicación, computación, microscopía, rayos láser, etc., que sin duda estarán vigentes en su campo."⁴

Como es obvio, la propuesta no se ha logrado. El odontólogo, sigue centrándose en alguna tecnología moderna para resolver el problema dental, dejando de lado la prevención y detec-

ción de patologías de boca y sus anexos con comorbilidad sistémica, así como el aspecto legal que involucra a toda profesión y al paciente mismo. Hay que reconocer que a pesar que se publicó la Norma Oficial Mexicana No. 013-SSA-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales (D.O.F. 6/01/94) y la Norma Oficial Mexicana No.168. SSA-1998 del expediente clínico (D.O.F. 30/09/99), a la fecha, no todos los odontólogos las conocen y por tanto no cumplen las especificaciones que en ellas se establecen.⁵

El poco o nulo interés de la mayoría de los odontólogos, particulares e institucionales, por conocer y practicar la legalidad de sus actividades médicas, se manifiesta en el hecho de omitir la historia clínica, como elemento indispensable de su actividad terapéutica, a pesar de que se establece como obligatoria su elaboración y cuando es en ella donde se consignan datos sobre el diagnóstico y tratamiento adecuado para cada caso particular. Esta situación esta acompañada de la falta de vigilancia por parte de las autoridades sanitarias y de los directivos institucionales que omiten su obligación de hacer cumplir la legalidad en el proceso de atención.

Mucho más preocupante, es el hecho de que durante la formación profesional haya deficiencia en el cumplimiento de la Norma 013, tal y como lo reportaron Arredondo y colaboradores, al referir que sólo 4.07% de las escuelas para profesionales hacen historias clínicas completas y que de los estudiantes que en ellas se preparan, sólo 3.4% maneja y elabora el odontograma⁶, además, aquellas escuelas que cuentan con formatos para historia clínica al ser evaluados, mostraron deficiencias para la mayoría de los casos estudiados.⁷

Sondeo entre odontólogos

Se visitaron consultorios particulares y se entrevistó a personal adscrito a los servicios odontológicos en instituciones hospitalarias, para conocer los formatos legales con que cuentan y se entrevistaron para conocer la manera en que dichos profesionales abordan la Norma Oficial Mexicana 013-SSA-1994 para la prevención y control de las enfermedades bucales, publicada en 1995. Debe señalarse que es a partir del Artículo 8.3.4 de dicha Norma, en donde aparecen lineamientos mínimos específicos para la actuación terapéutica del odontólogo y que debe contener el expediente clínico de cada paciente.⁸ Fue sobre esos aspectos que se cuestionó a los profesionales.

La historia clínica debe contener historia personal y familiar de antecedentes no patológicos y patológicos. Generalmente los odontólogos particulares no llevan acabo el interrogatorio de estos datos y los institucionales se basan en los datos registrados por el médico tratante del paciente. En relación a **los Antecedentes patológicos y no patológicos**, se encontró que los odontólogos no se interesan en conocer antecedentes de enfermedades generales padecidas por los pacientes; tampoco se indaga sobre la forma en que respiran sus usuarios o los hábitos de higiene o nocivos que practican y, menos aun, sobre las características de su alimentación. En la actualidad hay una adopción de dietas vegetarianas o naturistas, las cuales pueden favorecer pigmentación dental que se confunden con manchas causadas por el tabaco. Además este tipo de dietas fibrosas ayudan a la eliminación de detritus alimenticios; pero cuando la fibra es muy dura, su consumo frecuente puede formar parte de los factores de riesgo para el desgaste dental.

Padecimiento actual; comprende el interrogatorio y la exploración. Incluye recabar información de comorbilidad general ó sistémica,⁹ se nos explicó que los pacientes no están acostumbrados a que el odontólogo les interroguen sobre patologías sistémicas y por ello se evita, no registran datos sobre nivel de glucosa ó de presión arterial, que deben ser medidos en el mismo consultorio. Aquellos que llegan a preguntar sobre esto en particular, aceptan que en realidad lo hacen por rutina y no porque les sea de relevancia. Esta situación merece ser reevaluada, porque por ejemplo, un infante que presenta amígdalas crecidas puede respirar por la boca para solventar la obstrucción que le causa la amigdalitis crónica y ello generar sequedad de la mucosa bucal y un crecimiento anormal en paladar, que contribuya a la mal posición dental.

La diabetes y la hipertensión arterial son patologías sistémicas de alta incidencia en población adulta, por lo que la probabilidad de atender pacientes con dichas afecciones es muy alta, aún cuando sean patologías sintomáticas no conocidas por el paciente dental. Por tanto, el odontólogo debe conocer sus signos, síntomas y tratamiento básico para dar la atención oportuna y adecuada, así como proceder a su derivación en caso necesario a fin de que se le atienda de manera integral. Las infecciones dentales pueden ser detonantes de crisis sistémicas en pacientes con este tipo de padecimientos, por lo que es indispensable se le atienda de manera correcta.¹⁰

Una condición de salud que poco se toma en cuenta durante la consulta dental es el trastorno mental, a pesar de que entre el 5 y 10 por ciento de la población mundial padece, en algún momento de su vida, ansiedad, depresión o problemas psicosociales que afectan la salud general. Según la OMS, la depresión, la ansiedad y otras alteraciones asociadas producen más consultas en clínicas de atención primaria que todas las enfermedades juntas. Los odontólogos se enfrentan abiertamente a este tipo de fenómenos cuando atienden casos de bruxismo, sin embargo, no derivan al paciente a la atención especializada para control de ansiedad y promueven lesiones mayores como el desgaste de dientes y hueso en maxilar. En el caso de los niños, el 10% de los que viven en países pobres presentan algún grado de trastorno de conducta o psiquiátrico.¹¹ En México, el uno por ciento de la población urbana en edades de 18 a 64 años, sufre trastorno psiquiátrico específico,¹² lo que puede incrementar la ansiedad que habitualmente se presenta en el consultorio dental y también aumentar el riesgo de accidentes farmacológicos al desconocerse la posible interacción medicamentosa que sucede en aquellos pacientes que usan fármacos psiquiátricos, pero que no informan al odontólogo del tipo de medicamentos que ingieren, porque quien les atiende omite realizar estas indagatorias antes de decidir el tratamiento que brindará.

En **Padecimiento actual bucal**, se nos informó que sólo se registra el problema que está ocasionando el dolor, y que la mayoría de los entrevistados omite la exploración del resto de los tejidos bucales y sus anexos para localizar alteraciones relacionadas con el dolor, tales como alteración funcional de la articulación temporomandibular por anodoncia total o parcial, amen de un interrogatorio de enfermedades sistémicas que afecten la boca, por ejemplo, osteoartritis o afecciones neurológicas que afecten pares craneales que inervan lengua o tejidos estomatológicos.

Como parte del padecimiento actual se incluye la exploración, inspección, palpación, percusión, sondeo, movilidad y trasiluminación del órgano, que generalmente no se realizan, porque:

- a) No se cuenta con el equipo para la técnica de trasiluminación.
- b) El odontólogo no cuenta con la habilidad para realizar la actividad y el tiempo, y

- c) Porque no se considera necesario, ya que es el paciente quien dice cuál diente le duele y el odontólogo se centra en el tratamiento o curación de lo que le demanda el paciente.

Aún más, cuando el odontólogo realiza esta actividad clínica, generalmente no registra en el expediente sus hallazgos, dejando con ello un vacío en la explicación del diagnóstico y tratamiento y en la identificación de sintomatología que haga referencia a patologías no dentales. Por ejemplo, con la palpación es factible identificar movilidad dental en un paciente con diabetes o deficiencia alimentaria en el caso de escorbuto, y por ende, tener la obligación médica de proponer la referencia al especialista médico que colabore en la recuperación de la salud integral del usuario del servicio dental.¹³

Asimismo, en caso de encontrar una lesión en tejido blando, se debe registrar la forma, el color, la consistencia, la localización y el tiempo de aparición y las acciones que ha realizado el paciente en su tratamiento, situación que sólo registra el especialista en cáncer, ya que el odontólogo general se centra en registrar procesos agudos, por ejemplo, diente con absceso periapical.

Para la **aplicación del odontograma**, se comentó que no se usa porque el paciente no se interesa en tratamientos largos, sólo acude para atenderse de la pieza dental que le duele. Esta situación sucede, incluso, cuando la disponibilidad de dichos esquemas es de fácil acceso o diseño.

Respecto sobre el uso de **auxiliares de diagnóstico**, se detectó que los exámenes habituales para realizar tratamientos operatorios no se llevan a cabo, porque el odontólogo los considera innecesarios o porque el paciente argumenta "ningún dentista me los ha solicitado para sacarme una muela", y que la solicitud de esos exámenes "seguramente se debe a la obtención de comisiones que recibe por enviarme a determinados laboratorios". Esta situación desalienta al odontólogo particular y el institucional espera a que el médico lo haga por lo que no solicitan estudios, aún siendo importantes para detectar entre otras cosas alteraciones de la coagulación o enfermedades sistémicas.

Cuando se indagó sobre el **diagnóstico clínico y tratamiento**, solo se registra el problema de queja del paciente y generalmente se omite el

diagnóstico que explicaría la causa del malestar en el paciente y permitiría evaluar si el tratamiento fue o no el adecuado, en el tratamiento solo se registra obturación con "X" material o el tratamiento técnico realizado.

En cuanto a las **notas de evolución**, éstas no se realizan, ya que no hay seguimiento en el tratamiento del paciente, pues los odontólogos refieren que los pacientes regresan sólo cuando vuelven a sentir dolor y el paciente refiere que "regresará cuando sea suficientemente valiente para soportar, el sonido que produce la pieza de mano ("taladro")".

Respecto de la **nota clínica** generada por odontólogos de consultorio general, se detectó que la utilizan, básicamente, para señalar el tipo de material usado en obturaciones de órganos dentales o se especifica que se realizó una extracción; se omite señalar el tipo y dosis de anestésico utilizado y menos aún se menciona el tipo de reacción ante el anestésico que presenta el paciente. Cuando se diagnostican infecciones en cabeza y cuello ocasionada por afecciones en órganos dentales o del periodonto en pacientes comprometidos sistémicamente, generalmente se atienden en hospitales especializados o de segundo nivel, donde la nota clínica es rigurosamente exigida y más detallada.

Un elemento importante que establece la Ley General de Salud es la obligación de obtener la **Carta de Consentimiento Informado** en aquellos pacientes a los que se les aplicará anestésicos o a quienes se les someterá a un procedimiento quirúrgico o invasivo o que entraña mutilación,¹⁴ por lo que se deduce que ésta firma de consentimiento informado debería aplicarse a una gran cantidad de intervenciones que realiza el odontólogo entre las que están la aplicación de anestesia, las extracciones ó la cirugía.

Propuesta de formato de historia clínica odontológica estandarizada

La Organización Mundial de la Salud, en 1946, propuso una encuesta que podía usarse como formato clínico odontológico,¹⁵ además, existe un cuestionario sanitario de 20 preguntas dicotómicas con la misma finalidad¹⁶ y en la Norma se mencionan los elementos necesarios para elaborar el formato; existen publicaciones guía de historia clínica odontológica,^{17,18} los odontogramas se venden en los depósitos dentales, tanto para adultos como para niños, los cuales son fáciles de emplear y son una

alternativa para documentar los tratamientos dentales. Por otro lado los medios electrónicos son auxiliares en el aspecto legal, que también pueden ser utilizados para registrar los diagnósticos y tratamientos.¹⁹ Y por último se detectó que existen propuestas para desarrollar historia clínica según la especialidad o por grupos de edad.

Conclusión

Tomando en cuenta todo lo anteriormente expuesto, se sugiere el diseño de un formato único, de fácil llenado en donde sólo se marque la respuesta correcta dada por el paciente, con datos útiles tanto para la práctica general como especializada, que sea útil para el manejo en consultorios privados como en instituciones, que se maneje en una sola hoja para evitar pérdida de datos, para que se pueda integrar al expediente clínico del paciente

y sobre todo que contenga las características que emite la Norma Oficial Mexicana 013-SSA-1994. (ver anexo)

Finalmente debería existir un equipo especializado en la supervisión y vigilancia de la aplicación de la norma mexicana del expediente odontológico, tal vez como el que existe en Colombia (Tribunal de Ética Odontológica),²⁰ o establecer un proceso de autoevaluación del expediente clínico,²¹ que evite llegar a CONAMED por quejas de pacientes que acuden a servicios dentales en instituciones públicas o privadas y no reciben una atención satisfactoria.

Referencias bibliográficas

1. Soberón G.k "La salud en México". Testimonios 1998. Especialidades Médicas en México". Tomo IV: 346.
2. González Barrón S, Rivera Cisneros AE, y col. "Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica. Comisión de Arbitraje médico." Rev. ADM. LXI (3):109-116.
3. Manrique JI. "Comportamiento de los procesos en odontología y casuística del FEPASDE." Pública en MD=i.manrique@scare.org.co correspondiente a la División Científica SCARE de Colombia.
4. Soberón G.k "La salud en México". Testimonios 1998. Especialidades Médicas en México". Tomo IV: 346.
5. González Barrón S, Rivera Cisneros AE, y col. "Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica. Comisión de arbitraje médico." Rev. ADM. LXI (3):109-116.
6. Arredondo Velásquez EL; Gómez Cazares Lutani; Hernández Rodríguez JA, y col. Evaluación de los cirujanos dentistas que cumplen con los criterios del Expediente clínico según la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 "Expediente clínico" y la NOM-013-SSA2-1994. En www.Odontología.itzacala.UNAM.mx/contenido/indice_oral_archivos/TRAB%20COLOQ%20ORAL/HTML
7. Ángeles Cruz JL, Centeno Gutiérrez A. Y col. Estudio comparativo de los formatos de la historia clínica en las escuelas de odontología del Distrito Federal y Área conurbada. Memorias del XV Coloquio de investigación estudiantil de la carrera de Cirujano dentista de la facultad de estudios Superiores Iztacala. En: http://odontologia.itzacala.unam.mx/intrumen_y_lab//otros/coloquioxv8.NOM013-SSA1-1994, publicada en el D.O.F. el 21 de enero de 1995
9. Alvin L. Morris, Harry M. Bohannan. Las especialidades odontológicas en la práctica general. Editorial Labor S.A. 5a Edición 1983. PP 70-122
10. Gil Montoya JA. Atención odontogeriatrica en: www.Dudas@dentaclinic.com.mx
11. Martínez Palomo A. La comisión internacional en la salud". Salud pública de México. 1991;33:399-409.
12. Dirección General de epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría: Encuesta Nacional de Adicciones, 1988.
13. Gil Montoya JA. Atención odontogeriatrica en: www.Dudas@dentaclinic.com.mx
14. Normas de atención especializada, dental. En www.Salud.Gob.O.M.S
15. Encuestas de salud bucal. Métodos básicos. Tercera edición, 1994.
16. Alvin L. Morris, Harry M. Bohannan. Las especialidades odontológicas en la práctica general. Editorial Labor S.A. 5a Edición 1983. PP 70-122
17. Medrano Morales J, Pérez Mata FA. Expediente clínico odontológico. Como elaborarlo, integrarlo, manejarlo y archivarlo conforme la normativa. En: <http://72.14.203.104/seach?q=cache:85UIMIDLNB4J:www.trillas.com.mx>
18. Sosa Lacruz LM. De la Historia clínica al diagnóstico. En: <http://www.Odontomarket.com/casos/diagnóstico.asp> (13/02/2006)
19. Docel Luna L. La historia clínica digital tiene valor legal. Revista Colombiana para los profesionales de la salud en: www.Encolombia.com/odontología/foc/tribunal-éticaodón-artículos.htm
20. www.Encolombia.com/odontología/foc/tribunal-éticaodón-artículos.htm
21. Gómez GR, Triana EJ., Guía de autoevaluación del expediente clínico Odontológico. Revista ADM 2001; 58(6); 233-236