Historia clínica utilizada en el Postgrado de Odontología Operatoria y Estética. Estructura y llenado I. Bases teóricas de la historia clínica

Clinical Record Used in the Operative and Aesthetic Dentistry Graduate Program. Structure and Completion I. Theoretical Foundations of the Clinical History

DOI: https://doi.org/10.37883/AOV/2026.61.1.10
Disponible en http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aov
Recepción de trabajo: 23/08/2025
Inicio de arbitraje: 30/10/2025
Aprobado: 27/07/2026

Luisa María Araujo Angulo[1] **y Olga González Blanco**[2]

1. Especialista en Odontología Operatoria y Estética. https://orcid.org/0009-0003-6758-1786

2. Especialista en Odontología Operatoria y Estética. https://orcid.org/0009-0006-2950-5442

RESUMEN

La historia clínica (HC) es fundamental para la práctica clínica. Representa un documento médico odontológico esencial, este debe ser un registro ordenado que asiente la información clínica del paciente. Las HC desempeñan un rol primordial en los aspectos asistencial, de docencia e investigación, legal, de gestión de recursos y de control de calidad. El valor de las HC puede variar considerablemente, esto plantea desafíos significativos en cuanto a su confiabilidad y su utilidad. Su estudio ha estado orientado a definir su estructura ideal, sus funciones esenciales y los criterios de calidad para el llenado, el resguardo y la auditoría. Dada la importancia de este tema, para abordar su evaluación, se considera necesario desarrollar, previamente, su definición, evolución, funciones, características, importancia como medio de comunicación, la capacitación del estudiante para su manejo, los tipos de evaluación existentes y las fallas generales, más frecuentemente, cometidas en su elaboración, que servirán de base para desarrollar, posteriormente, las auditorías de la estructura y el llenado de las HC del Postgrado de Odontología Operatoria y Estética. El objetivo de este artículo es describir las bases teóricas generales que sustentan a las HC utilizadas en los servicios de salud.

Palabras claves: Historia clínica, estructura, registro de información de salud, auditoría, registro médico.

ABSTRACT

Medical records (MRs) are crucial for clinical practice. They are essential medical- dental records that document in an orderly fashion the clinical information of patients. Medical records play a role of paramount importance in healthcare, teaching, research, forensics, resource management, and quality control. The value of medical records may vary significantly, which poses major challenges in terms of their reliability and usefulness. The study of medical records has focused on establishing their ideal structure, their basic functions, and the quality criteria for their proper documentation, safeguarding, and auditing. Given the relevance of this subject, it is vital to address it first by exploring the definition of the term, its evolution, functions, characteristics, and importance for communication, the trai-

ning of students for the handling thereof, the existing types of MR evaluation, and the most common mistakes made when completing such records. The foregoing approach will provide the foundation for the proper auditing of the structure and documentation of MRs in the Operative and Aesthetic (Cosmetic) Dentistry Graduate Program. The purpose of this paper is to describe the general theoretical basis supporting the MRs used in healthcare services.

Keywords: Medical record, structure, health information record, audit, health records.

INTRODUCCIÓN

La historia clínica (HC) representa un documento médico-odontológico esencial, este debe ser un registro ordenado, que asiente la información clínica fundamental del paciente. Su importancia abarca diversas dimensiones, desde su papel como herramienta en la enseñanza y la investigación, hasta su impacto en aspectos asistenciales y legales. Es uno de los pilares sobre el que descansa la práctica clínica. No solo, registra los datos del estado de salud del paciente, sino también, sirve como base para la toma de decisiones y como medio de comunicación entre los profesionales de la salud. Una HC completa y correctamente documentada cumplirá con las funciones asistencial, de docencia, de investigación, legal, de gestión de recursos y de control de calidad.

Sin embargo, a pesar de su indiscutible importancia, la calidad de las HC puede variar considerablemente. Por ello se debe estudiar, previamente, su definición, evolución, funciones, importancia como medio de comunicación, características, capacitación del estudiante para su manejo y evaluación de la misma. A lo largo del tiempo, la historia clínica ha evolucionado en su forma y contenido, en vista de los avances científicos, de las exigencias normativas, del desarrollo de las tecnologías de la información y de la realidad socioeconómica del paciente. Este proceso ha generado una vasta producción académica orientada a definir su estructura ideal, sus funciones esenciales y los criterios de calidad para el llenado, el resguardo y la auditoría.

Las deficiencias en la estructura y el llenado de las HC pueden tener consecuencias graves. Por lo tanto, se justifica una investigación orientada a una evaluación rigurosa de las mismas. En nuestro campo, las auditorías periódicas son necesarias para mantener la calidad de las HC, para que sean utilizadas como elemento de auditoría confiable y para que tengan un papel valioso en el sistema de retroalimentación, enfocado en optimizarlas.

Para dar a conocer nuestro estudio sobre la estructura y el llenado de las historias clínicas utilizadas en el Postgrado de Odontología Operatoria y Estética, de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, elaboradas entre 2009 y 2019, ambos inclusive, se decidió presentarlo como una serie de tres artículos: I.- Bases teóricas generales de la HC, II.- Generalidades sobre la estructura y el llenado de la HC: partes de la estructura y pautas para el correcto llenado de la HC y III.- Auditorías de las historias clínicas utilizadas en el Postgrado de Odontología Operatoria y Estética, de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Por todo lo anteriormente expuesto, este primer artículo de la serie, tiene el objetivo de describir las bases teóricas generales que sustentan a las HC utilizadas en los servicios de salud.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Historia clínica

Definición de la historia clínica

La HC es un documento médico-legal [1-3] confidencial, de uso universal y de registro obligatorio[3], esencial para el aprendizaje y la práctica clínica, en general[4]. Está formada por un conjunto de documentos escritos y gráficos, que contiene los diversos episodios de la salud-enfermedad de una persona[5], la información obtenida del interrogatorio y la exploración clínica, el diagnóstico, el pronóstico y el plan de tratamiento [3], el consentimiento informado [6,7], la relación del paciente con el personal sanitario[1,5,8] y todas las actividades médico-sanitarias realizadas en él [1,5]. Todo ello de forma escrita, clara, precisa, detallada y ordenada, de todos los datos no solo actuales, sino remotos, tanto personal, como familiar del paciente [9].

Evolución de la historia clínica

La HC se originó en la Escuela de la Antigua Grecia, fundada por Hipócrates, en Asclepion de Cos[10], en el siglo V a.C [5,10] . Él fue el pionero en la redacción de estos documentos[10], en los que se recopilaron las primeras 42 HC completas, en los libros Las Epidemias I y III de los Tratados Hipocráticos. Los asclepiadeas hipocráticos deciden consignar por escrito de forma precisa y ordenada, la experiencia de cada paciente ante la enfermedad, nace así, la HC [4].

Con el paso del tiempo, los médicos observaban la realidad de sus pacientes de forma genérica, es así como, pierden importancia los casos particulares. La elaboración de la HC se recupera en la Edad Media y se mantiene a lo largo del Renacimiento. Su contenido se perfecciona a lo largo de los siglos XVIII y XIX. En el siglo XX, se produjo una rápida evolución de las pruebas complementarias, que trajo como consecuencia un incremento en la complejidad de la HC. Ésta se convirtió en multidisciplinaria y de obligatorio cumplimiento. En el siglo XXI, los avances en la tecnología aportan cambios radicales a la HC [4]. Se considera el documento clínico por excelencia, que contiene la información generada y compartida por los diferentes miembros del equipo profesional de atención sanitaria [5].

Fombella y Cereijo[4], cuando describen la evolución de la HC, afirman que, desde sus comienzos, ha sido un documento escrito en papel, hasta que en el siglo XXI aparece la HC electrónica. Hoy en día, cada vez más, se incorporan nuevas tecnologías, para administrar la gran cantidad de registros existentes. El uso de las HC electrónicas es más frecuente[6,11], están diseñadas para lograr una reducción en los costos operativos de papelería y logística, un mejor rendimiento en el tiempo de consulta del paciente[12], un mejor acceso de la información[6] y una mayor calidad del registro de la consulta médica[12] y del servicio de salud, en general [12,13].

Sin embargo, la seguridad en el acceso a las HC electrónicas y el costo del mantenimiento del sistema representan un motivo de preocupación[6]. Se recomienda disponer de la mejor capacidad operacional de los servidores y proporcionar una mejor capacitación a los profesionales involucrados. Es fundamental proteger la información para respetar los principios éticos que rigen la relación profesional de la salud-paciente[12]. En algunos casos, cuando se utilizan HC electrónicas, no se puede garantizar la confidencialidad de la documentación clínica[1] y

la identidad del paciente[6], además, se puede perder total o parcialmente la información. No obstante, la seguridad de los registros digitales, hoy en día, con las tecnologías de acceso, que incluyen huellas dactilares, escaneo de retina, firmas electrónicas y reconocimiento de voz, podrían ser suficiente, si se administran adecuadamente[6].

Funciones de la historia clínica

Falagán y Nogueira[5] consideran que las funciones clásicas de la HC son la asistencial, la docencia y la investigación. Asimismo, ellos opinan que de éstas han surgido otras funciones, con la suficiente trascendencia para ser consideradas en su estudio. Ellas son la investigación clínica, la investigación epidemiológica, la gestión clínica, la planificación de recursos asistenciales, la jurídico-legal y la de control de calidad asistencial.

Función asistencial de la historia clínica: La HC es un documento básicamente asistencial, cuya misión es recoger toda la información relevante del paciente, para prestarle la mejor atención posible[1,5,13-17]. Por tanto, actúa como un requisito esencial para la prestación del servicio sanitario[1,10], que permite la recolección ordenada de datos, tales como, de identidad, los síntomas y los signos, entre otros[10,18]. Esto proporciona una visión completa del paciente[1], facilita un correcto diagnóstico[10], permite la continuidad de la atención[19-21], respalda los procedimientos practicados, las complicaciones sufridas[8] y cumple un papel clave en la gestión de riesgos[22].

Función docente de la historia clínica: La HC desempeña un papel importante en docencia[1,5,11,15,17,23-25]. En el proceso de enseñanza-aprendizaje su función va desde aprender a elaborarla, hasta su utilidad como recurso de aprendizaje en la profesión, después de elaborada. Constituye un documento que aporta elementos de superación académica[15], refleja el modo correcto de tratar cada caso clínico y describe en detalle las decisiones exploratorias y terapéuticas tomadas, para lograr o mejorar la salud del paciente[5]. Es esencial que se elabore según el método científico[15]. Todo ello la convierte en un documento de alto valor académico y científico[15,23,26].

Función de la historia clínica en la investigación clínica: La HC constituye una valiosa fuente de información clínica, que favorece la realización de diferentes tipos de trabajos científicos[3,4,14,15,24,27]. La investigación científica, a través de la HC, se fortalece al permitir la localización de HC relacionadas con patologías específicas[5], el intercambio de opiniones en el plano científico[24] y su análisis mediante los cruces de grandes bases de datos clínicos[28]. Una adecuada realización de la HC contribuye a mejorar la investigación en salud[3,5,11,13,16,23,26].

Función de la historia clínica en la investigación epidemiológica: La HC tiene un papel crucial en la investigación epidemiológica[5,10,13,15], permite realizar estudios sobre los denominadores demográficos[5], la morbilidad y la mortalidad[10], la incidencia y la prevalencia de enfermedades y la evaluación de la eficacia del tratamiento[29], entre otros. Los datos contenidos en la HC permiten la recolección, el archivo y la posterior sistematización de la información[13], que resulta fundamental para la generación de los resultados estadísticos[17]. La HC constituye un instrumento eficaz para aplicar los programas de atención en salud, para lograr la salud personal y ambiental, para proteger a la

población a través del control de los factores contribuyentes o predisponentes, que pueden determinar los grupos vulnerables o de riesgo y para prevenir y controlar las causas de morbilidad y mortalidad en sanos y enfermos[10].

Función de la historia clínica en la gestión clínica y planificación de recursos asistenciales: La HC es primordial para la gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias[1]. Contribuye al control financiero[24] y la administración de los recursos invertidos en la atención del paciente[5,17]. Así pues, es fundamental en la gestión u optimización del gasto sanitario, en la evaluación del rendimiento del control de calidad[30] y los recursos médicos[1], además, permite el estudio y valoración de las inversiones futuras[5].

Función jurídica-legal de la historia clínica: La HC tiene un extraordinario valor legal en aquellas situaciones jurídicas requeridas[1,3]. En nuestro campo, la HC odontológica, igualmente, es importante por razones médico-legales[1-3,31], regida por leyes aplicales[1,6,32], que protege los intereses del paciente, del profesional de la salud y del establecimiento donde se presta el servicio[23,25,26]. El odontólogo tiene la obligación legal y ética de llevar una correcta HC, según las normativas vigentes[1,33], que contiene información privada, sujeta a las leyes de protección de datos y al secreto profesional[4,8,34,35], para garantizar la confidencialidad[1,4,12,36]. Debemos estar atentos, al cumplimiento del Código de Deontología Odontológica de Venezuela, que contempla dicha confidencialidad de la HC, como un aspecto que engloba la seguridad del paciente, el honor y la responsabilidad del profesional de la odontología[7,34].

En este sentido, en 2008, Garbin et al.[37], en un estudio en el que se evaluó el conocimiento y la actitud de 100 odontólogos, sobre la confidencialidad de los datos de la HC, encontraron, que a pesar de saber que se requiere la confidencialidad, su actitud no se adhería a los requerimientos éticos y legales, por tanto, recomendaron la introducción de asignaturas sobre ética y bioética, en el currículum de los cursos para graduados, de los profesionales de la salud, para mejorar este aspecto.

Por otro lado, Castellano y Gisbert[38] exponen que el deber del secreto profesional se ha difuminado, con el ejercicio de la atención de un equipo multidisciplinario, que ha llevado a reflexionar sobre unos conceptos más realistas, el concepto del secreto compartido o del secreto derivado. En el secreto compartido, todas las personas que participan en la asistencia del paciente están obligadas a guardar el secreto. Mientras que, en el secreto derivado, las personas que formen parte de este equipo, la medicina institucional y su compleja administración, deben ser instruidas sobre su deber de confidencialidad.

Jurídicamente, el profesional de la salud es el propietario de la HC, pero el paciente[6,38] y sus familiares o las personas que estén acreditadas para representarlo[38] tienen derecho al acceso a la información en ella contenida[6], obtener copias de su registro y compartirlo con otros profesionales de la salud[36]. Los centros deberán regular el procedimiento que garantice el acceso a la HC. En el caso de investigación científica y docencia, el responsable estaría en manos del coordinador del proyecto. En los casos de una investigación judicial, se transgrede el deber del secreto profesional. Cuando la HC sale del centro de salud,

la responsabilidad de su custodia pasa al juez, en cuya jurisdicción se desarrolla el procedimiento. En caso de una inspección sanitaria, siempre que la solicitud se haga de forma legal, el centro es el custodio de la documentación clínica, cuando la solicitud de la HC tiene relación con la denuncia de una posible imprudencia, una negligencia asistencial, un estudio de investigación o a solicitud del paciente[38].

La HC constituye una evidencia ante cualquier situación médico-legal[2], cuando se presenta un caso de responsabilidad profesional, por mala praxis[1,11,39], cuando se presume de impericia, negligencia o imprudencia[39], la HC sería la prueba primordial de la asistencia prestada[1,8]. Su valor probatorio radica en su confección, anterior a las posibles demandas[39]. La falta de veracidad en la documentación constituye un delito[1]. Además, la HC contribuye en las ciencias forenses[6,11,19,40,41], es un medio de identificación en casos de personas desaparecidas o fallecidas[6,11,41,42], a través de la comparación de las HC odontológicas antes y después de la muerte[19,43-45].

Función de la historia clínica en el control de calidad asistencial: El contenido de las HC contribuye directa e indirectamente a la eficacia de la atención clínica[13,25,30], se consideran un elemento crucial para mejorar dicho servicio[17,32]. Las organizaciones de salud utilizan las HC[27] como una fuente valiosa de información, para el control de la calidad de la atención prestada al paciente, a lo largo del tiempo[1,11,27,29,30,36,45]. Además, se utilizan como una herramienta en la evaluación, para el control de la calidad, para la aplicación de medidas correctoras y para la seguridad del paciente[30]. La HC debe permitir una evaluación adecuada de la atención brindada y de los errores en el registro que pudieran indicar fallas en los procedimientos realizados[46]. Es el documento por excelencia que presenta el soporte de la información generada por el equipo sanitario[5].

Importancia de la historia clínica como medio de comunicación

La HC es un medio de comunicación[5,6,11,19,23,24,39,47,48], entre los diferentes profesionales de la salud, que intervienen en la atención prestada, previo consentimiento del paciente[5,6,11,19,48]; entre los diferentes miembros del equipo de salud y la institución involucrada[48] y entre las diferentes disciplinas de la salud, en beneficio del paciente[23]. Además, permite que otros profesionales de la salud que no tengan un conocimiento previo del paciente, conozcan el caso[11]. El principal beneficio de la documentación de las HC es mejorar la comunicación estructurada entre los profesionales de la salud, para garantizar la continuidad de la atención al paciente, planificada individualmente[48]. Asimismo, permite el intercambio de opiniones, en el plano científico, de las personas involucradas en la atención del paciente[24]. La HC se considera imprescindible como medio de comunicación, tanto en el sentido longitudinal, como trasversal[39]. Para garantizar que la HC sea un medio de comunicación eficiente, se debe controlar su calidad[1].

Características de la historia clínica

Es necesario administrar correctamente todos los procedimientos para conformar una HC, acorde a sus funciones[18]. Se hace indispensable que la HC sea: A) de práctica obligatoria[3,8,39]; B) objetiva[19]; C) precisa[6,15,17,32,36,44,49,51]; D) veraz[1,15]; E) integral, es decir, que reúna la información de los aspectos

científicos, técnicos y administrativos, relativos a la atención en salud[12,24] y completa[1,6,12,15,17,29,49,51], a saber, debe contener datos suficientes, pero sintetizados, de los documentos integrantes de la HC, de las patologías del paciente y de todos los actos clínicos asistenciales[1]; F) proba, la información no se debe alterar sin autorización y cualquier cambio, se debe registrar[6]; G) organizada[12] y secuencial[12,15,24], el registro de la atención odontológica se debe organizar cronológicamente[12] y los documentos relativos a la prestación de servicio se deben registrar de forma lógica y cronológica[24]; H) racional, se deben aplicar los criterios científicos y registrar las acciones realizadas en forma lógica, clara y completa[12,24]; I) legible[1,11,12,22,32,36,44,49,51]; J) única para cada paciente[1,5]; K) segura[1,12] y confidencial[1,6,8,11,12,17,32,36,39,53], que consiste en limitar la información a aquellos para quienes es apropiada[53], estará disponible para personas o entidades que estén autorizadas para recibirlas[6,32] y L) accesible[6,12,39] y disponible[1,12,17,24], de manera que mantenga la legitimidad al acceso de los datos, para personas autorizadas[6], incluido, el propio paciente[39], con las limitaciones que impone la ley[12,24].

Capacitación del estudiante para el manejo de la historia clínica

Como se dijo anteriormente, las HC son documentos valiosos en diversos ámbitos[5,23,26], de alto valor clínico, académico, científico gerencial y legal[26]. Constituye el soporte de la información generada por el equipo sanitario, es el vehículo de comunicación entre los miembros de ese equipo[5,6,11,19,48] y la institución involucrada[48], protege los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento[5,23,25,26], favorece la docencia universitaria[1,5,11,15,17,23-25] y la investigación[3,5,11,13,16,23,26] y optimiza la gestión clínica[1,5].

En este sentido, es de carácter ineludible la enseñanza o capacitación en el manejo de la HC. Ésta es necesaria, no solo, para la formación del estudiante, sino también, para el avance en el tratamiento del paciente. Además, la retroalimentación enfocada hacia una mejoría de las mismas y dirigida a cambiar ciertos comportamientos de los profesionales de la salud, en el llenado de la HC, justificaría favorablemente la formación del estudiante y del personal de salud calificado. Así, contaríamos con HC altamente confiables, debido a la condición multidisciplinaria de la información contenida en ella[23].

Dada su importancia, Cerecedo[15] afirma que, como instrumento didáctico, la HC es un medio efectivo para que el maestro y el alumno cultiven sus habilidades en el análisis clínico y en el autoaprendizaje; cada dato utilizado da lugar a inferencias que generan hipótesis, en el que se involucran razonamientos, juicios y apreciaciones. En este sentido, enfatiza que es importante ajustar y elaborar las HC dentro del método científico, para que favorezca la superación académica. En el proceso de enseñanza-aprendizaje, la HC desempeña un papel importante desde su elaboración, hasta más allá de su finalización. El papel que juegan los docentes, en la elaboración de una buena HC, es de vital importancia[16]. La supervisión docente en el llenado de la HC implica la sistematización, la orientación y la corrección de los diferentes problemas que se presenten en el paciente[54]. Para ello, se debería considerar la posibilidad de elaborar unas normas relacionadas con el llenado de las HC[31].

De allí que, se espera que tanto el alumno, como el profesional de la salud adquieran conocimientos al elaborar el relato de los problemas del paciente[15]. Las escuelas de odontología desempeñan un papel importante en este proceso[47], es probable que todas las facultades de odontología incluyan esta enseñanza en su currículo[55]. Es obligación de los catedráticos que se aseguren que el estudiante desarrolle las habilidades y las destrezas para la elaboración de una HC completa[16]. Asimismo, los estudiantes tienen la responsabilidad de aprender, practicar y mantener las habilidades en esta área. Es fundamental crear conciencia entre los estudiantes sobre la importancia de llenar HC de manera precisa[31].

Ríos et al.[47] recomiendan desarrollar más seminarios para explicar los contenidos y los formatos de la HC. Insisten en la enseñanza sobre la elaboración apropiada de las HC y en mantener la vigilancia sobre el control de calidad de las mismas. Las auditorías de las HC permiten evaluar la eficacia de las estrategias educativas, en los métodos de enseñanza y evaluación[55]. Se recomienda realizar auditorías periódicas[55,56], por ser una herramienta de enseñanza[23,50] y de mejoría continua[23,48], que permite entender mejor como se implementa el proceso de prestación de servicio[23] y cambiar el comportamiento de ser necesario[50], a fin de promover una mejoría favorable en las habilidades sobre el llenado de las HC, por parte de los estudiantes[55] y mantener, así, los estándares de documentación deseados[56].

Evaluación de la historia clínica

Las evaluaciones de las HC permiten modificar el comportamiento de los profesionales, para mejorar la calidad de las mismas[23]. Una HC bien elaborada constituye el instrumento de trabajo más importante con el que cuenta todo profesional de la salud, en el desempeño de su profesión y en el soporte jurídico de sus actos[57].

En evaluación, se menciona con frecuencia, el efecto Hawthorne, como una posible explicación para los resultados positivos en lo investigado, debido a cambios en la conducta del que se sabe observado[58]. En este sentido, se han encontrado métodos para disminuir tal efecto[22,50]. Por otro lado, Wickström y Bendix[58] recomiendan introducir variables psicológicas y sociales específicas, que pudieran afectar los resultados.

Con respecto a todo esto, Ríos et al.[47] opinan que esta modificación positiva del observado, se pudiera considerar una ventaja educativa adicional. En nuestro campo, las auditorías periódicas de las HC son necesarias para mantener la calidad deseada de la documentación[56], al utilizar un instrumento de auditoría confiable que cuantifique el contenido de las mismas y un sistema de retroalimentación enfocado en optimizar su calidad[23].

Tipos de evaluación de la historia clínica

Evaluación de la calidad de la historia clínica

Los tipos de evaluación de la calidad de las HC son: revisión cuantitativa y revisión cualitativa. La revisión cuantitativa implica una evaluación objetiva, que revisa la presencia de los diferentes documentos que componen la HC, para asegurar que esté completa y que se cumplan los estándares preestablecidos. Esto es responsabilidad del personal formado en documentación clínica. Se busca la

detección de omisiones evidentes que se pueden corregir en el desarrollo normal de la actividad, que contribuye a conformar en su totalidad la HC[1,59].

La revisión cualitativa, se enfoca en el contenido informativo de la HC y se lleva a cabo por los profesionales de los servicios clínicos. Su objetivo principal es garantizar que la HC contenga información suficiente, para respaldar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado de la asistencia. También, busca asegurar que todas las opiniones estén respaldadas por hallazgos, sin discrepancias o errores en la documentación[1,59].

Evaluación según el momento de la revisión de la historia clínica

Reúne dos tipos de evaluación, la retrospectiva y la concurrente. La evaluación retrospectiva, se realiza después que se ha completado la asistencia al paciente, ésta permite la revisión de la HC completa. Sin embargo, puede haber una demora en corregir o completar la documentación. Mientras que la evaluación concurrente, se realiza cuando se atiende al paciente. Se ha demostrado que esta modalidad mejora el porcentaje de HC completas[1,59].

Evaluación según el ámbito o la cobertura del análisis de la historia clínica

Contempla la revisión de determinados documentos, la revisión por muestreo seleccionado y la revisión de todos los documentos. En la revisión de determinados documentos, la evaluación se centra en documentos específicos, que tienen una importancia destacada, por constituir un resumen del resto de la HC, como informes de alta, informes de intervención y resultados histopatológicos[1].

En la revisión por muestreo seleccionado, se examina una muestra del total de las HC, que permite una evaluación más eficiente. En la revisión de todos los documentos, se realiza una revisión exhaustiva, que cubre todos los documentos presentes en la HC[1].

Evaluación según la periodicidad de la revisión de la historia clínica

Se hace a través de estudios puntuales y de estudios de monitorización. Los estudios puntuales se realizan en situaciones específicas, a través de estudios de calidad con objetivos definidos y limitados en el tiempo y los estudios de monitorización implican una revisión continua de determinados indicadores, donde se vigila, permanentemente su cumplimiento. Esto se convierte en una revisión sistemática y constante de la documentación[1].

Fallas generales más frecuentes en la historia clínica

Una HC inadecuada, incompleta y difícil de entender puede dar lugar a interpretaciones erróneas y a la toma de decisiones inapropiadas, que pueden repercutir en el tratamiento[1,16,23]. Las fallas más comunes suelen ser las siguientes: A) la poca claridad[12], B) la ilegibilidad[5,6,12], C) el uso de ambigüedades[6,12] y abreviaturas no universales[6], D) el desorden de los documentos que soportan la información[5], E) la inexactitud cronológica[12], F) la falta de uniformidad[5], G) los documentos incompletos[1,6,12], H) la alteración de la información, I) la inaccesibilidad de la información contenida, J) el deterioro del soporte documental y la pérdida del mismo, por accidentes ocasionados por agua o fuego, entre otros[5] y K) la carencia de firmas de

los profesionales de la salud[31,54] o del docente que se identifica con firmas autógrafas ilegibles[54].

Existen omisiones en el registro de los antecedentes médicos, no debidamente documentados y actualizados, el plan de tratamiento, el consentimiento y el rechazo informado no documentados[6], discrepancias en las notas de progreso (secuencia del plan de tratamiento) del paciente, al ser escritas por varios miembros del equipo y en el registro de la medicación administrada[1]. Se requiere una adecuada planificación que logre motivar y concientizar a los profesionales de la salud sobre los inmensos beneficios que tiene una HC correctamente llenada[12].

REFERENCIAS

1. Velito A, Tejada S. La historia clínica como instrumento de calidad. 2010 [Internet]. Honduras: Universidad Nacional Autónoma de Honduras; 2018 [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca.asp.

2. Alcolea J, León Z, Pérez D, Reyes A, Rosales M, Cabrera S, et al. Manual para la confección de la historia clínica: atención primaria de salud en estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015.

3. Corti M, Sosa D. Estructura de la historia clínica utilizada en la práctica odontológica privada en la ciudad de Mérida, Venezuela. Revista Odontológica de los Andes [Internet]. Diciembre de 2020 [citado el 16 de noviembre de 2022]; 15(2):48-64. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/48492.

4. Fombella M, Cereijo M. Historia de la historia clínica. Galicia Clin [Internet]. 2012 [citado el 16 de noviembre de 2022]; 73(1):[21-26]. Disponible en: https://galiciaclinica.info/PDF/16/291.pdf.

5. Sociedad Española de Informática de la Salud (España). Informes SEIS: De la historia clínica a la historia de salud electrónica [Internet]. Pamplona: SEIS, Sociedad Española de Informática de la Salud (España); 2003. La información clínica y de salud; [citado el 16 de noviembre de 2022]; pp.77-104. Disponible en: http://www.conganat.org/SEIS/informes/2003/PDF/CAPITULO3.pdf-.

6. American Dental Association, Council on Dental Practice Division of Legal Affairs. Dental Records. Chicago (EE. UU.): ADA; 2010. 37 pp.

7. Aranguren Z. Ejercer la odontología desde una perspectiva bioética. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. Noviembre de 2013 [citado el 16 de noviembre de 2022]; 52(1):12. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-4.

8. Guzmán F, Arias C. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev Colomb Cir [Internet]. 2012 [citado el 16 de noviembre de 2022]; 27:15-24. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf.

9. Giglio M, Nicolosi L. Semiología en la práctica de la odontología [Internet]. Santiago: McGraw-Hill Interamericana de Chile LTDA; 2000 [citado el 16 de noviembre de 2022]. 473 pp. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1XDfOXHaYQn1ntkb9pgsze-9AwnTSiPuH/view.

10. Llanio R, Perdomo G. Propedéutica Clínica y Semiología Médica [Internet]. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003 [citado el 16 de noviembre de 2022]. 717 pp. Disponible en: https://librosmedicospdf.com/book-propedeutica-clinica-y-semiologia-medica-llanio-tomo-i.

11. Charangowda B. Dental records: an overview. Journal of Forensic Dental Sciences. Junio de 2010; 2(1):5–10. doi: 10.4103/0974-2948.71050. PMID de PubMed: 21189983; PMCID central de PubMed: PMC3009547.

12. Gutiérrez J, Manrique R, Montoya L, Pérez A, Arango P, Correa E, et al. Evaluación de la historia clínica sistematizada en la relación médico paciente de las IPS adscritas a Susalud, Medellín 2002. Revista CES Medicina [Internet]. 2003 [citado el 16 de noviembre de 2022]; 17(2):17–30. Disponible en: https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/554.

13. Racciatti G. Utilización de la herramienta informática en la historia clínica odontológica – Modelo de Endodoncia. Electronic Journal of Endodontics Rosario [Internet]. Noviembre de 2006 [citado el 16 de noviembre de 2022]; 176. Disponible en: https://rephip.unr.edu.ar/handle/21w33/1419.

14. Brito N, Corral Y. La historia clínica y el consentimiento informado en investigaciones clínicas y odontológicas. Acta Odontológica Venezolana [Internet] 07 de mayo de 2014 [citado 16 de noviembre de 2022]; 52(2). Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art-11/.

15. Cerecedo V, Ariza D, Ricalde R. Historia Clínica. Metodología didáctica [Internet]. Chile: Médica Panamericana; 2002 [citado el 16 de noviembre de 2022]. 281p. Disponible en: https://es.scribd.com/document/206893046/Historia-Clinica-Metodologia-Didactica-Cerecedo.

16. Sánchez J, Zúñiga A, Palma S, Fernández K, Rubio J, Landa E. Evaluación de historias clínicas elaboradas en salas de Hospitalización de Medicina Interna del Hospital Escuela. Rev. Fac. Cienc. Méd. [Internet]. Junio de 2013 [citado el 16 de noviembre de 2022]; 10(1):21-9. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-750076.

17. World Health Organization. Division of Epidemiological Surveillance and Health Situation and Trend Assessment. Guidelines for medical record practice. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 1980.

18. Llanos L, Mayca J, Navarro G. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. Rev Med Hered [Internet]. Octubre de 2006 [citado el 16 de noviembre de 2022]; 17(4):220-6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2006000400006.

19. Devadiga A. What's the deal with dental records for practicing dentists? Importance in general and forensic dentistry. Journal of Forensic Dental Sciences. Abril de

2014; 6(1),9-15. doi: 10.4103/0975-1475.127764. PMID de PubMed: 24695875; PMCID central de PubMed: PMC3970394.

20. Gálvez J. Calidad de los registros en las historias clínicas del Servicio de Odontología de un Centro de Salud Materno Infantil [Tesis doctoral]. [Lima (Perú)]: Universidad César Vallejo; 2021. 45p.

21. Andrade J. Guía para la elaboración de la historia clínica [Trabajo de ascenso]. [Caracas (Venezuela)]: Universidad Central de Venezuela; 1964. 53p.

22. Oladipo A, Narang L, Sathiyathasan S, Hakeem Y, Mustaq V. A prospective audit of the quality of documentation of gynaecological operations. Journal of Obstretics and Gynaecology. Agosto de 2011; 31(6):510-3. doi: 10.3109/01443615.2011 .587913. PMID de PubMed: 21823852.

23. Carrillo M, Mendoza Y, Vega M. Estandarización de los criterios para la auditoría retrospectiva de la historia clínica [Tesis]. [Bucaramanga (Colombia)]: Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2017. 31p.

24. Carrillo C, Gutiérrez J. Revisión de historias clínicas médicas de una IPS privada sede Zipaquirá, para el segundo semestre del 2018 [Tesis de especialidad]. [Bogotá (Colombia)]: Universidad Cooperativa de Colombia; 2018. 49p.

25. Perata M, Llanos L, Cabello E, Mayca J. Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú. Rev Med Hered [Internet]. Enero de 2006 [citado 14 de junio de 2023]; 17(1):35-41. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2006000100007.

26. Manrique J, Manrique J, Chávez B, Manrique C. Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente. Rev Estomatol Herediana.2014; 24(1). doi: 10.20453/reh.v24i1.2111.

27. Laing K. The benefits and challenges of the computerized electronic medical record. Gastroenterol Nurs. Jan 2002; 25(2):41-5. doi: 10.1097/00001610-200203000-00002. PMID de PubMed: 11984162.

28. Feinstein A. Quality of data in the medical record. Comput Biomed Res [Internet]. 05 de octubre de 1970; 3(5):426-35. doi: 10.1016/0010-4809(70)90004-2. PMID de PubMed: 5500367.

29. Paredes M. Historia clínica para el paciente edéntulo total [Internet]. Perú: Repositorio Universidad Nacional Federico Villarreal; 2008 [Citado en mayo de 2023]. Disponible en: https://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/MIGUELANGELPAREDESBIFFI.pdf.

30. Guzzo A, Tecca M, Marinelli E, Bontempi C, Palazzo C, Ursillo P, et al. Quality assessment of medical records as a tool for clinical risk management: A three year experience of a Teaching Hospital Policlínico Umberto I, Rome. Senses Sci. Enero de 2017; 4(2)371-9. doi: 10.14616/sands-2017-2-371379.

31. Pessian F, Beckett H. Record keeping by undergraduate dental students: a clinical audit. British Dental Journal. 11 de diciembre de 2004; 197(11):703-5. doi: 10.1038/sj.bdj.4811866.

32. American Dental Association. Dental Patient Chart: Structure and Function Guidelines. Chicago: ADA; 1987.

33. Tokede O, Ramoni R, Patton M, DaSilva J, Kalenderian E. Clinical documentation of dental care in an era of electronic health record use. J Evid Based Dent Pract [Internet]. Septiembre de 2016 [citado el 16 de noviembre de 2022]; 16(3):154-60. doi: 10.1016/j.jebdp.2016.07.001; PMID de PubMed: 27855830; PMCID central de PubMed: PMC5119920.

34. Código de Deontología Odontológica. Aprobado en la XXXIX Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela, (1992).

35. Romeo C, Castellano M. La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. Dialnet [Internet]. Diciembre de 1993 [citado el 16 de noviembre de 2022];1(1):4-19. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3180027.

36. College of Dental Surgeons of British Columbia. Dental Recordkeeping Guideline [Internet]. Ontario (Canadá): The Royal College of Dental Surgeons of Ontario; 2013 [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://oralhealthbc.ca/wp-content/uploads/2022/08/00.02.005-dental-recordkeeping.pdf.

37. Garbin C, Garbin A, Saliba N, De Lima D, De Macedo A. Analysis of the ethical aspects of professional confidentiality in dental practice. J Appl Oral Sci. 2008; 16(1):75-80. doi: 10.1590/s1678-77572008000100015. PMID de PubMed: 19089294; PMCID central de PubMed: PMC4327285.

38. Castellano M, Gisbert J. El secreto médico. Confidencialidad e historia clínica. En: Villanueva E. Gisbert Calabuig: Medicina Legal y Toxicología. España: Elsevier; 1998. p. 93-108.

39. Campohermoso O, Campohermoso O. Odontología Legal y forense [Internet]. La Paz: Edición digital; 2020 [citado en mayo de 2023]. 365p. Disponible en: https://www.academia.edu/41707234/LIBRO_DE_ODONTOLOG%C3%8DA_LEGAL_Y_FORENSE.

40. Avon S. Forensic odontology: the roles and responsibilities of the dentist. J Can Dent Assoc. Agosto de 2004; 70(7):453-8. Citado en: PubMed; PMID: 15245686.

41. Borrman H, Dahlbom U, Loyola E, René N. Quality evaluation of 10 years patient records in forensic odontology. Int J Legal Med. Abril de 1995; 108(2):100-4. doi: 10.1007/BF01369914. PMID de PubMed: 8547154.

42. Astekar M, Saawarn S, Ramesh G, Saawarn N. Maintaining dental records: are we ready for forensic needs? Journal of Forensic Dental Sciences. Diciembre de 2011; 3(2):52–57. doi: 10.4103/0975-1475.92143. PMID de PubMed: 22408320; PMCID central de PubMed: PMC3296374.

43. Dierickx A, Seyler M, de Valck E, Wijffels J, Willems G. Dental records: a Belgium study. J Forensic Odontostomatol. Junio de 2006; 24(1):22-31. Disponible en PubMed; PMID:16783953.

44. Brown N, Jephcote V, Morrison J, Sutton J. Inaccurate Dental Charting in an Audit of 1128 General Dental Practice Records. Dent Update. Marzo de 2017; 44(3):254-6,259-60. doi: 10.12968/denu.2017.44.3.254. PMID de PubMed: 29172337.

45. Cilovic-Lagarija S, Hasanica N, Begovic E, Ahmetagic A, Radojicic M, Ramic A, et al. Dental recordkeeping: practice in the Federation of Bosnia and Herzegovina. Acta inform med [Internet]. Septiembre de 2021 [citado el 16 de noviembre de 2022]; 29(3):205-9. doi: 10.5455/aim.2021.29.205-209. PMID de PubMed: 34759461; PMCID central de PubMed: PMC8563040.

46. Morgan R. Quality evaluation of clinical records of a group of general dental practitioners entering a quality assurance programme. British Dental Journal. 27 de Octubre de 2001; 191(8):436-41. doi: 10.1038/sj.bdj.4801201. PMID de PubMed: 11720017.

47. Ríos J, Martín P, Segura J, Fernández A, Bullón P. Audit of dental reports (II): first phase-II study in a Spanish Faculty of Dentistry. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Agosto de 2008; 13(8):E529–35. PMID de PubMed: 18667990.

48. Björvell C, Thorell-Ekstrand I, Wredling R. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. Qual Health Care. Marzo de 2000; 9(1):6-13. doi: 10.1136/qhc.9.1.6. PMID de PubMed: 10848373; PMCID central de PubMed: PMC1743497.

49. Hadden A y Clinical Examination and Record-Keeping Working Group FGDP(UK). Clinical examination & record-keeping: Part 1: Dental records. British Dental Journal. 24 de noviembre de 2017; 223(10):765–8. doi: 10.1038/sj.bdj.2017.984.

50. Holmboe E. Practice audit, medical record review, and chart-stimulated recall. En: Holmboe E y Hawkin R. Practical guide to the evaluation of clinical competence. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2008. p. 60–74.

51. American Dental Association [Internet]. Chicago: ADA. 2022 [citado el 16 de noviembre de 2022]. Dental Health History. Disponible en: https://www.ada.org/resources/practice/practice-management/medical-dental-health-history.

52. Martín P, Ríos J, Segura J, Fernández A, Bullón P. Dental audit (I): exact criteria of dental records; results of a Phase-III study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Julio de 2008; 13(7):E407–13. PMID de PubMed: 18587303.

53. Davis L, Domm J, Konikoff M, Miller R. Attitudes of first-year medical students toward the confidentiality of computerized patient records. Journal of the American Medical Informatics Association. Febrero del 1999; 6(1):53-60. doi: 10.1136/jamia.1999.0060053. PMID de PubMed: 9925228; PMCID central de PubMed: PMC61344.

54. Osteicochea S. La historia clínica instrumento básico de evaluación de la atención médica análisis de 250 historias [Tesis de especialidad]. [Caracas (Venezuela)]: Universidad Central de Venezuela; 1984. 25p.

55. Amos K, Bearman M, Palermo C. Evidence regarding teaching and assessment of record-keeping skills in training of dental students. J Dent Educ [Internet]. Octubre de 2015 [citado el 16 de noviembre de 2022]; 79(10):1222-9. Disponible en PubMed; PMID:26427782.

56. Hand J, Reynolds W. Dental record documentation in Selected Ambulatory Care Facilities. Public Health Reports. 1984; 99(6):583-90. PMID de PubMed: 6440203; PMCID central de PubMed: PMC1424640.

57. Duque L, Rubio H. Semiología médica integral [Internet]. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2006 [citado el 16 de noviembre de 2022]. 640p. Disponible en: https://www.academia.edu/30968594/Yuluka_Semiolog%C3%ADa_m%C3%A9dica_integral.

58. Wickstrom G, Bendix T. The "Hawthorne effect"- what did the original Hawthorne studies actually show?. Scand J Work Environ Health. 2000 [citado el 13 de marzo de 2024]; 26(4):363/7. doi: https://doi.org/10.5271/sjweh.555.

59. National Institute for Clinical Excellence. Principles for best practice in clinical audit [Internet]. Reino Unido: Radcliffe Medical Press; 2002 [citado el 20 de febrero de 2024]. 206 p. Disponible en: https://www.nice.org.uk/media/default/About/what-we-do/Into-practice/priciples-for-best-practice-in-clinical-audit.pdf.