DOI: https://doi.org/10.37883/AOV/2026.61.1.11
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

Historia clínica utilizada en el Postgrado de Odontología Operatoria y Estética. Estructura y llenado II. Generalidades sobre la estructura y el llenado de la historia clínica: partes de la estructura y pautas para el correcto llenado de la historia clínica

Clinical record used in the postgraduate program in operative and aesthetic dentistry. Structure and completion II. General overview of the structure and completion of the medical record: structural components and guidelines for properly completing the patient record

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

Los profesionales de la salud debemos realizar una historia clínica (HC) por paciente, que cumpla con las normas vigentes, para cada país. Las deficiencias en la estructura y en el llenado de las HC pueden tener consecuencias graves, desde la pérdida de información crucial, hasta la generación de diagnósticos erróneos o la implementación de tratamientos inadecuados. Estos problemas comprometen la calidad de la atención médico-odontológica y pueden tener implicaciones legales y éticas. Incluso, una HC deficiente puede dificultar la defensa del profesional de la salud, en caso de un litigio. Por ello, surge la necesidad de las auditorías de las HC, en nuestro campo, a través de instrumentos confiables que cuantifiquen el contenido de las mismas. Esto pudiera servir de base para la detección de fallas y para la implementación de sistemas de retroalimentación, enfocados en optimizar su calidad. Se plantea la necesidad de estandarizar los formatos y criterios de registro como herramientas claves, para futuras auditorías, evaluación de la calidad y mejora continua. Contamos con recomendaciones para asistir al odontólogo en la recolección, el registro y el mantenimiento de la HC. Se han establecido pautas sobre la estructura y el llenado de las HC. El objetivo de este artículo es describir las diferentes partes de la estructura de la HC, en general y las encontradas en diferentes centros de salud. También describir las directrices para un correcto llenado

de la HC y las fallas más frecuentes encontradas en las evaluaciones reportadas.

Palabras clave: 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. MRs 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 training 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 history, structure, health information record, audit, health records.

INTRODUCCIÓN

La HC constituye una herramienta fundamental en el ejercicio clínico. Para ello, es necesario que sea completa, precisa y sistematizada. En el artículo anterior, de esta serie, se describieron las bases teóricas generales de la HC, su definición, su evolución, sus funciones, su importancia como medio de comunicación, características de la misma y la necesidad de capacitar al estudiante para su manejo adecuado. En este segundo artículo, se presenta la estructura que debe tener una HC odontológica y las pautas para su correcto llenado. Se toma como referencia los lineamientos de organismos nacionales e internacionales, así como, los resultados encontrados en la literatura, que evidencian las deficiencias más comunes en la práctica profesional respecto a la estructura y el llenado de las HC. Se hace énfasis en los elementos que deben estar presentes.

Se necesita contar con formatos estandarizados y criterios claros de registro que faciliten los procesos de auditoría, evaluación de calidad y mejora continua en los servicios de salud. Las bases teóricas generales, del primer artículo y la descripción sobre la estructura y el llenado de la HC sirven como marco teórico y metodológico para la siguiente fase de esta investigación. Constituye la fundamentación teórica del estudio aplicado que se desarrollará en la tercera parte de esta serie, con un trabajo de campo, dirigido a auditar las HC utilizadas en el Postgrado de Odontología Operatoria y Estética, de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela durante el periodo 2009-2019, ambos inclusive. El objetivo de este artículo es describir la estructura de las HC, a través de sus partes y las pautas para su correcto llenado.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Estructura y llenado de la historia clínica

Los profesionales de la salud debemos realizar una HC por paciente[1,2], que cumpla con las normas vigentes, para cada país[1]. Así tenemos que, en Venezuela, en el Código de Deontología Odontológica, aprobado en 1992, de aceptación obligatoria para todos los profesionales de la odontología, en su Título II, Capítulo Primero, Artículo 34, establece que es deber del odontólogo recabar, mediante revisión y conformación de la HC, toda información que estime necesaria en beneficio del paciente. En el Título III, Capítulo Primero, de las HC, en su Artículo 57, establece que la HC comprende: los elementos suministrados por el paciente, las aportaciones del profesional tratante (identificaciones de los hallazgos, interpretaciones y correlaciones), las contribuciones (anotaciones correspondientes, si es que existieran) de los profesionales que colaboran en el diagnóstico y tratamiento del paciente y la documentación relativa a las exploraciones complementarias realizadas (exámenes de laboratorio, radiografías y estudios histopatológicos, entre otros)[3].

En 1987, la Asociación Dental Americana (ADA) publica un folleto como una guía general, para asistir al odontólogo con la recolección, el registro y el mantenimiento de la HC del paciente[4]. Dichas recomendaciones se han tomado en consideración, a lo largo del tiempo, en estudios sobre la estructura y el llenado de las HC[5-11]. Asimismo, en 2010, el Consejo de la Práctica Odontológica y la División de Asuntos Jurídicos de la ADA diseña una publicación dirigida a los odontólogos y a su equipo de trabajo, para proporcionar una información útil, sobre el desarrollo de los aspectos legales y de otra índole, relacionados con las HC, de igual forma, hace referencia a la estructura general que deben seguir las HC y las pautas de como éstas se deben llenar[12]. Recientemente, en 2022, la ADA publica las directrices para el éxito de la práctica odontológica, el manejo de la gestión de los riesgos profesionales, el mantenimiento de las HC, su registro y los protocolos de documentación[13].

La Comisión Médica de Washington, en 2020, ofrece una guía para los profesionales de la salud y sus asistentes, para la adecuada documentación de una HC. Enumera los elementos esenciales y adicionales que debe incluir una HC[14]. En 2015, en La Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales, define las partes esenciales y menciona algunas pautas sobre el correcto llenado de las HC odontológicas[15], en concordancia con La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, de 2012[16].

En Perú, la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad en Atención en Salud, en 2016, estableció los lineamientos para realizar la auditoría de la atención odontológica, a través de un instrumento que contiene las partes de las HC y las indicaciones para el llenado de las mismas, que se deben evaluar en procesos de auditorías[17]. En España, la Legislación Consolidada Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, establece las pautas sobre la estructura y el llenado de las HC[18]. En 2022, el Consejo de los Profesionales de la Salud de Sur África formula una guía ética para la práctica de los profesionales de la

salud, para el mantenimiento de las HC de los pacientes, en la que incluye el contenido de las HC[19].

Estructura de la historia clínica

Partes de la estructura de la historia clínica

Los elementos de la HC odontológica incluyen la identificación institucional[5,15,16,20], la identificación del paciente[1,2,4-6,10,12,14-17,20,22-29], la identificación del profesional[1,13-16,19,28], el motivo de consulta[7,13,15,21,22,24-27,29-31], la enfermedad actual[15,16,21-23,29,31], la anamnesis[15-18,21-23,31-33], los antecedentes médicos personales[4,6,12-16,19,25,34], los antecedentes médicos familiares[4,15,16,20,22,34,35], los antecedentes odontológicos[4,10,15,25,27,36], los hábitos[16,21,29], el examen clínico[4,6,10,14-19,21-23,25,28,31-33,36-39], los exámenes complementarios[2,9,14,16,18,25,28,32,36,38,40], las interconsultas[6,12,15,16,18,19,21,28,32], el diagnóstico[1,4,7,10,12,15-17,19,21,23,25,26,28], el plan de tratamiento[4,7,10,12,14,16,17,19,21,23,25,26,28], el pronóstico[7,16,21-23,25,36], el consentimiento[4,8,10,12,14,16,18,19,21,25,26,28,41] o el rechazo informado[12], las notas de progreso (secuencia del plan de tratamiento)[4,12,14-19] y las notas de finalización (el alta)[1,4,12,16,18].

Datos demográficos

- Identificación institucional, la primera de las partes abarca la información institucional[5], se presenta como un encabezado, que informa donde se elabora la HC[20].
- Identificación del paciente, incluye el número de la HC[1], los nombres y apellidos[1,12,20,25,27,28], la edad[20,22], el sexo[22], el género[20], el lugar de nacimiento[20,25,28,31], la nacionalidad[20], la procedencia[22], la escolaridad[20,22,31], la raza, la religión[20], el estado civil[20,31], la dirección[12,20,27,28,31], los números de teléfono[12,25,27,28,31], la dirección de correo electrónico[27,28], la ocupación[20,22], la situación socio-económica[31], el lugar de empleo[12], el nombre y número de contacto de emergencia[4,10,25,27], el médico de atención primaria[13,25] y del especialista, que coordine un tratamiento médico específico[13].
- Identificación del profesional, debe ser clara y legible[1,28], incluir los nombres y los apellidos del profesional, la firma y el número de la matrícula[1,12,13,28], tanto del profesional de la salud tratante, como de cualquier otra persona que contribuya a la HC[28].

Motivo de consulta: es la razón principal por la que el paciente busca atención médica[20,22].

- **Enfermedad actual:** se debe proporcionar una narración detallada[20,22] y cronológica[20,31] de los problemas de salud que llevan al paciente a buscar atención profesional[20,22].

Anamnesis: está constituida por el conjunto de datos que aporta el interrogatorio[32], proporciona información subjetiva del paciente[23,33], recopila más de un 50% de los datos, que incluye antecedentes médicos, familiares, odontológicos[36] y agiliza el establecimiento del diagnóstico[23,33,36] y del plan de tratamiento[23,33]. El interrogatorio con el paciente es fundamental en el acto clínico[20,23,32,33], marca el inicio de una relación empática y de calidad[32],a través de un diálogo entre el profesional de la salud y el paciente[20], donde se realizan preguntas sistemáticas sobre las manifestaciones de enfermedades y síntomas relevantes para el diagnósti-

co actual[31], que permite descubrir causas valiosas e inesperadas[20].

Antecedentes médicos y odontológicos

- Antecedentes médicos personales, incluye un interrogatorio amplio de la salud general del paciente, por sistemas[4], que abarca enfermedades previas y actuales[22,34,42], controles médicos[4], medicamentos y dosis[4,6,12,13,34] tanto prescritos, como aquellos de venta libre[34], alergias y cualquier otra información relevante[4]. El historial médico se debe actualizar periódicamente, para registrar los cambios en la salud del paciente[25].
- Antecedentes médicos familiares, es una fuente importante de información[35], que consiste en la recopilación de los antecedentes médicos familiares relevantes[4]. Es fundamental investigar a fondo aspectos de salud importantes de los familiares de primer grado[20,35], conocer la situación de los padres, el número de hermanos[20], la edad[35], el estado de salud[22], la existencia de enfermedades congénitas[20,31], hereditarias[20,22], con fuerte componente genético[34], infecciosas[22,36], transmisibles, antecedentes perinatales[22], causas de muerte y edades de los fallecidos[20,22,31,35].
- Antecedentes odontológicos, los elementos comunes de los antecedentes odontológicos en una HC incluyen: los procedimientos anteriores (tales como, tratamientos restauradores, ortodónticos, endodónticos y periodontales, entre otros), las experiencias previas, las fobias al tratamiento odontológico, los antecedentes odontológicos familiares[4,10], las alergias bucales, los cambios notables en la salud bucal y las inquietudes particulares del paciente[27].

Hábitos: la evaluación de los hábitos de vida es esencial en la atención primaria en odontología, estos son una parte crucial en la HC odontológica[21]. Asimismo, los hábitos psicobiológicos, los cuales son relevantes para comprender la salud del paciente[29].

Examen clínico: constituye una herramienta para establecer el diagnóstico de las enfermedades y determinar tratamientos y pronósticos de las mismas[33]. Comprende métodos clínicos directos como la inspección, palpación, auscultación y percusión[36]. Debe incluir una descripción precisa sobre la evaluación extrabucal[21,28], el aspecto de cabeza y cuello, los labios[36], la articulación temporomandibular[4,10], el examen intrabucal[36], los tejidos blandos y duros[4,25], el estado periodontal[4,10,28], el endodóntico, el oclusal y la evaluación de las prótesis actuales[4,10]. Es fundamental incluir en la HC el odontodiagrama[21,26,39], que es la forma de registro, por medio de símbolos, más universalmente utilizado[37] y otros registros gráficos[4,8,10,12,21,25,26].

Exámenes complementarios: los exámenes auxiliares[36] o complementarios[36,40] son parte integral de la HC. Son datos obtenidos de solicitudes adicionales, que incluyen radiografías[28,36,38], informes de radiodiagnóstico[1], imagenología[5], modelos de estudio[36], fotografías clínicas[6,38] estudios de laboratorio[9,32] y otros medios auxiliares de diagnóstico. Se debe hacer un registro significativo de todos los medios auxiliares de diagnóstico que deben estar debidamente identificados y fechados[25].

Interconsultas: la HC odontológica también debe incluir cartas de referencia y consultas con otros profesionales de la salud[12]. La interconsulta médica es crucial al evaluar pacientes con patologías preexistentes[32]. Cuando se establece una comunicación con un colega sobre un tratamiento de un paciente se debe registrar el consentimiento del paciente, para comunicar su caso a otros profesionales de la salud, la fecha y el modo de comunicación, las copias de los documentos intercambiados y un resumen de toda la correspondencia con o sobre el paciente[28].

Diagnóstico: es la identificación por escrito de las condiciones o problemas del paciente que se deben registrar[4]. Se deben incluir los diagnósticos provisionales y los diferenciales[28].

Plan de tratamiento: es la identificación de los procedimientos que serán realizados en el paciente basado en toda la información obtenida y el diagnóstico[4]. Se registra el plan de tratamiento preferido[4,10], las alternativas de tratamiento[4,10,12,25] y la necesidad de referir a otras especialidades para completar el tratamiento[10]. También, se asienta la posibilidad de no realizar el plan de tratamiento propuesto[12].

Pronóstico: se refiere al juicio sobre la evolución de una enfermedad[22] y la estimación del resultado del diagnóstico[36], incluye alternativas, duración, terminación y secuelas[22] y está relacionado con la evolución[21]. Se debe reevaluar periódicamente, por los cambios que se pueden suceder[21,33].

Consentimiento informado: se define como la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente[4,10], en forma escrita[4], que incluye la discusión con el paciente[26], sobre todos los aspectos del plan de tratamiento[4], los procedimientos propuestos[28], las opciones disponibles[43], las rechazadas[26] y los riesgos[4,28]. Se debe registrar la evidencia de consentimiento[26], obtenida antes de brindar la atención[12].

Rechazo informado: se debe informar al paciente sobre las consecuencias de no aceptar el tratamiento propuesto y obtener un rechazo informado firmado[12].

Notas de progreso (secuencia del plan de tratamiento): se deben incluir todos los detalles del tratamiento realizado al paciente, se incorporan notas de progreso[4,12], para ilustrar la cronología de la evolución del paciente durante el tratamiento y las visitas posteriores[4], el seguimiento de las instrucciones postoperatorias, las conversaciones, las quejas y las decisiones de los pacientes[12].

Notas de finalización (el alta): representan las últimas anotaciones en la HC del paciente, que incluye la finalización de la atención al paciente, por parte del odontólogo[4]. Abarca las notas de egreso o el alta[1,4,12], si corresponde[12].

Auditorías de la estructura de la historia clínica

En 2020, Corti y Sosa[5], en Mérida, Venezuela, realizaron una investigación para describir la estructura de la HC utilizada en la práctica odontológica privada, de un municipio de la ciudad. Evaluaron 50 modelos de HC utilizadas en diferentes clínicas privadas. Encontraron de forma recurrente, 11 partes en la estructura, que deben ser obligatorias en los formatos. Sin embargo, a excepción de la identificación del paciente que obtuvo un 100% de frecuencia, la frecuencia de las 10 partes restantes varió entre un 32% y un 84%. Se recomienda

estandarizar un formato básico con los criterios requeridos y realizar más investigaciones sobre la estructura de la HC odontológica.

En 2017, Tokede et al.[9], en Boston, EE.UU., realizaron un estudio con el objetivo de investigar que debe incluir la HC y la actitud de los odontólogos hacia el mantenimiento o llenado de las HC, las posibles razones para no cumplir con ello y la frecuencia de la actualización de los datos de la HC. Para el estudio de las partes que debe incluir una HC, se formaron 2 grupos, el primer grupo integrado por 20 odontólogos experimentados en HC. Realizaron 2 rondas Delphi, para llegar a un consenso sobre las partes que debía contener la estructura de la HC. Mediante este método se llegó a un consenso de un 100%, para la inclusión de 14 partes en la HC. Al segundo grupo integrado por docentes y estudiantes de una institución académica y odontólogos de una práctica privada de tamaño mediano, se le ofreció una encuesta que contenía 13 partes, para conformar la estructura de una HC. Se obtuvo un 89s% de acuerdo en 11 de las partes. Concluyeron que es esencial llegar a un consenso sobre las partes que constituyen una buena HC.

En 2006, Racciatti[7], en la Cátedra de Endodoncia, de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Rosario, en Argentina, diseñó un modelo conceptual de estructura de la HC digital, según el protocolo de trabajo del tratamiento endodóntico y el estándar de codificación propuesto por la ADA (CDT3/SNODENT), para ser utilizada como una herramienta informática. Para su diseño escogió 14 partes, que formarían la estructura del modelo de la HC endodóntica. Se elaboró una encuesta estructurada, para validar la información incluida y llegar a un diseño definitivo de la HC. La encuesta fue respondida por 82 cursantes y docentes de la especialidad de endodoncia. El diseño definitivo no fue implementado. Se recomendó la implementación del modelo creado, para su evaluación posterior.

En 2000, Osborn et al.[10], en Minnesota, EE.UU., realizaron un estudio para determinar la percepción de los odontólogos, de ese estado, sobre la idoneidad de su documentación, sobre la estructura o formato general y el contenido de las HC odontológicas que utilizaban y comparar esa información, con los lineamientos establecidos por la ADA. Se envió una encuesta de 72 ítems a 750 odontólogos, por correo electrónico, se recibió respuesta de 475 odontólogos. Se encontró que un 100% de los odontólogos utilizaban algún tipo de formato, desde un 1,3% que utilizaban fichas, hasta un 44,4% que utilizaban varios formularios, que llenaban para sus HC. Se observaron diferencias, estadísticamente significativas, entre la autopercepción de los odontólogos sobre la idoneidad de la estructura de sus HC y la presencia de los criterios recomendados por la ADA. Concluyeron que las publicaciones de la ADA, sobre las guías para la estructura de las HC, deben ser más difundidas.

Llenado de la historia clínica

Pautas para el correcto llenado de la historia clínica

Una vez definida la estructura de la HC, se debe realizar un correcto llenado de la misma. Este llenado debe ser completo[9,26], preciso[4,9,25,26,28,31,39] y exhaustivo[4]. Debe contener información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y el plan de tratamiento y documentar los resultados de la asistencia[1].

La identidad del profesional de la salud se debe anotar claramente en la HC[5,6,8,13,38], él es el responsable de registrar la información médico-odontológica precisa del paciente[28]. Todas las anotaciones sobre el paciente deben estar claramente escritas[12], fechadas[6,12,28,44], en orden cronológico[28,44] y ser fácilmente comprensibles por terceros[25,26,28], el lenguaje utilizado debe ser objetivo[12,28,31,38], estar firmada o con las iniciales sin abreviaturas[6,12,38], ni acrónimos[6,12] y estar escrita a mano en tinta o impresas de la computadora[4,6,26].

Las anotaciones escritas a mano deben ser legibles[4,6,8,12,21,44], aunque, no se requiere un color específico de tinta, cualquier copia debe ser fácil de leer[6,12] y cuando se registren las HC de forma electrónica, se deben tomar medidas para evitar la alteración o la pérdida de datos[4]. Las HC se deben mantener y actualizar cada vez que haya contacto con el paciente[25,27].

Auditorías del llenado de la historia clínica

Con respecto a los estudios basados en las opiniones de los odontólogos participantes, encontramos que, como se dijo anteriormente, Tokede et al.[9] evaluaron la actitud de los odontólogos hacia el mantenimiento o llenado de los datos de las HC. Los encuestados estaban de acuerdo con la necesidad de llenar las HC de manera completa y precisa, para el cuidado de los pacientes.

En 2006, Dierickx et al.[45], en Bélgica, realizaron un estudio para determinar la calidad de las HC y evaluar su uso potencial en casos de odontología forense. Aplicaron un cuestionario de 133 preguntas, se invitaron, aproximadamente, 9000 odontólogos, respondieron 722. La encuesta se encontraba disponible en formato digital y analógico. En general, hubo una tendencia de los odontólogos belgas de habla francesa, del grupo más joven y de los egresados de la Universidad de Liège, respecto a las otras universidades, de responder mejor en muchas de las preguntas del cuestionario. Los odontólogos que ejercen en ciudades más grandes afirman mantener sus HC odontológicas actualizadas y almacenadas, especialmente, cuando trabajan con un sistema digital y lo actualizan anualmente.

Previamente se dijo que, Osborn et al.[10], en el año 2000, evaluaron la percepción de los odontólogos sobre el contenido de las HC odontológicas que utilizaban y lo compararon con los lineamientos establecidos por la ADA. Los que percibían que sus HC eran adecuadas, les faltaba información entre un 9,4% y un 66,4% de las veces, mientras que aquellos odontólogos que percibían que sus HC no eran adecuadas, les faltaba información entre un 38,6% y un 87,1% de las veces. A pesar que, el estudio se basó en los datos declarados por los odontólogos, concluyen que la guía de la ADA proporciona una medida útil.

Con respecto a la investigación basada en la revisión directa de las HC, en 2021, Gálvez[46], en un Centro de Salud Materno Infantil, en Lima, Perú, realizó una investigación para determinar la calidad del llenado de 200 HC del servicio de odontología. Utilizó el Formato de Auditoría de la Calidad de Atención de Odontología, documento oficial elaborado por el Ministerio de Salud. Los resultados son clasificados como "Satisfactorio" de un 90% a un 100% del puntaje máximo esperado, "Por mejorar" de un 60% a un 89% y "Deficiente" menor a 60%. Se obtuvo como resultado que la calidad de los registros en las HC fue satisfactoria en un 87%,

por mejorar en un 10,5% y deficiente en un 2,5%. Recomienda incentivar al personal de odontología a mantener la calidad del llenado en las HC.

Meisha[47], en 2019, en una Escuela de Odontología de Arabia Saudita, realizó una valoración de la calidad del llenado (exacta y completa) de 1720 HC electrónicas, durante 4 años consecutivos. La exactitud de los datos, para identificar al paciente fue de un 93%. Se encontró que el motivo de consulta de los pacientes estaba completo en la frecuencia más alta, un 94%; mientras que, el plan de citas de control tenía la frecuencia más baja, un 48%. Considera que la identificación de estos patrones, en el llenado de las HC odontológicas electrónicas, servirá de guía para las actividades de formación y el control de calidad.

En 2014, Manrique et al.[48], en Lima, Perú, evaluaron la calidad del llenado de 140 HC de pacientes atendidos en una Clínica Odontológica Docente. Se hizo una auditoría, con un instrumento diseñado, para evaluar el porcentaje de llenado de las 17 partes de las HC. Se encontró que un 22% tenía datos completos. En 2012, Dosumu et al.[49], en el Centro Dental del Hospital Universitario Ibaden, en Nigeria, evaluaron la calidad del llenado de 318 HC, de pacientes atendidos por estudiantes de pregrado de odontología. Los datos demográficos estuvieron presentes en un 96,5%, los antecedentes odontológicos en un 91,1%, los antecedentes médicos en un 97,5%, los medicamentos en un 98,1%, el diagnóstico en un 93,7% y el plan de tratamiento en un 96,2%. La firma del docente y del estudiante se registraron en un 100%. El elemento menos registrado fue el consentimiento informado, en un 0%, quizás, porque los estudiantes suelen hacerlo de manera verbal. Consideraron que la calidad del llenado fue buena, pero que se necesita enfatizar las deficiencias, para mejorar la calidad de las HC.

En 2008, Martín et al.[50], en la Facultad de Odontología de Sevilla, España, evaluaron la calidad del llenadode las HC. Para ello, desarrollaron un instrumento de revisión, que evaluaba la presencia y suficiencia de 46 ítems, con base en la revisión de la literatura científica y el consenso de 2 docentes de la facultad. Este instrumento se aplicó a 50 HC obtenidas aleatoriamente, de pacientes atendidos entre 1999 y 2004. Todas las HC evaluadas presentaron errores de llenado y se observó un bajo nivel de cumplimiento en todos los criterios de calidad definidos. Sugirieron una medida correctiva y el desarrollo de una segunda etapa de la investigación, con un nuevo modelo de HC y su posterior reevaluación.

En 2001, Morgan[51], en Inglaterra y Gales, en Reino Unido, evaluó la calidad del llenado de las HC de un grupo de 47 odontólogos. De las 464 HC examinadas, el ítem registrado con mayor frecuencia fue el odontodiagrama, en un 70% y los antecedentes médicos completos, en un 44,6% de los casos. Los menos registrados fueron el diagnóstico, en un 9,7% y el plan de tratamiento, en un 17%.

En 1998, Helminen et al.[52], en Vantaa, Finlandia, evaluaron el llenado de las HC odontológicas de los servicios públicos de salud, con relación a las características de los odontólogos que las llenaron. Se consideraron todas las HC de los pacientes nacidos en 5 años (3248), se seleccionaron al azar 239 HC, se evaluaron 221 HC (un 92% de la muestra original). Los profesionales de la salud jóvenes registraban más información y las odontólogas describían mejor los aspectos relacionados

con la oclusión, los tejidos blandos y las citas de control. En general, la reticencia de los odontólogos en el llenado de las HC crea la necesidad de realizar evaluaciones periódicas.

En medicina, en 2018, Carrillo y Gutiérrez[53], en Zipaquirá, Colombia, analizaron la problemática del llenado de las HC, en un Instituto Prestador de Salud, mediante la aplicación de una lista de cotejo. La muestra fue de 83 HC. La lista de cotejo tuvo en cuenta la normativa colombiana, sobre el manejo de las HC. Se observó un 100% de cumplimiento en diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y consentimiento informado, mientras que, los antecedentes médicos no se registraron en un 31% de las HC. De igual forma, se evidenciaron errores de transcripción y ortográficos. Recomiendan generar programas de capacitación y realizar auditorías internas.

En 2013, Sánchez et al.[33], en el Hospital Escuela de Honduras de la Facultad de Ciencias Médicas, en Honduras, evaluaron el llenado de las HC realizadas por los estudiantes. Para ello, se revisaron 626 HC, elaboradas en las salas de hospitalización de medicina interna, durante 3 meses, aproximadamente, cotejados con una HC modelo diseñada por los autores, que sirvió como instrumento de trabajo. Se encontró que se registró la edad en un 100%, el sexo en un 86% de los casos, la enfermedad actual, aunque confusa en un 99%, los antecedentes no patológicos y patológicos en un 85% y en un 98%, respectivamente, el examen físico y neurológico en un 0%, el diagnóstico en un 93%, el pronóstico y el plan de tratamiento en un 0%, el tratamiento recibido en un 29% y la evolución del tratamiento fue coherente y lógica en un 9%. Se recomienda revisar los contenidos del programa de la asignatura introducción a la clínica e implementar un sistema de evaluación y revisión sistemática de las HC.

Llanos-Zavalaga et al.[54], en 2006,en 4 hospitales públicos de Lima, Perú, evaluaron el llenado de, al menos, 384 HC de la consulta externa por cada hospital, a fin de identificar los errores o vacíos frecuentes en el registro de la información. Se observaron diferencias, estadísticamente significativas, entre los 4 hospitales. Se encontró que el llenado de las HC para las funciones vitales fue de un 8,75%; para la hora y fecha de la consulta un 13,70%; para el motivo de consulta un 91,08%; para el examen físico un 56,63%; para el diagnóstico un 97,43%; para el plan de tratamiento un 89,37% y para la firma y sello del profesional un 54,65%. Se recomienda disponer de un formato que cumpla con los estándares del Ministerio de Salud.

En 2006, Perata et al.[55], en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en Lima, Perú, realizaron un estudio retrospectivo de 384 HC, mediante un muestreo aleatorio simple, con reemplazo, para evaluar la calidad del llenado de 6 partes de la misma, en la consulta externa pediátrica. Los valores más altos encontrados fueron: la fecha, la edad y el examen físico, en más de un 90%, el motivo de consulta, el peso y la talla del paciente, que estuvieron presentes en un 100% de las HC, el diagnóstico que fue registrado en un 99,2%, el plan de tratamiento en un 84,6% y la identificación del profesional de la salud en un 49,78%. El valor más bajo que se observó fue para el tratamiento farmacológico, en un 7,4%. Se recomienda disponer de un formato que cumpla con los estándares del Ministerio de Salud.

En 1984, Osteicochea[56], en el Hospital General del Oeste, en Caracas, Venezuela, analizó la calidad

del llenado de 250 HC escogidas al azar, de un total de 12.146. Las HC se elaboraron en el formato tradicional en un 78%, se registró una correlación diagnóstica completa en un 49,2%, las evoluciones fueron asentadas en forma diaria en un 86,4%, las actualizaciones y las notas de finalización estuvieron presentes en un 95,6% y un 6,45% contenía la constancia de la supervisión docente. El autor considera que en las HC que revisó, existió subregistros y falta de sistematización de los datos. Afirma que la auditoría es una revisión sistemática, objetiva y periódica. Asimismo, enfatiza la importancia de docentes y formadores, tanto en pregrado, como en postgrado que incorporen estos contenidos en el pénsum de estudios. Recomienda la creación de un comité de evaluación clínica.

En 2012, Gomes et al.[57], en el Hospital de Clínicas Luzia de Pinho Melo de Brasil, analizaron los registros de enfermería de 240 HC de pacientes, que fueron dados de alta o fallecieron en un periodo de 2 meses. Los registros se llenaron de manera completa en la mayoría de las partes, tales como, la historia de enfermería en un 99,9%, la evolución de riesgo en un 99,6%, la evolución multidisciplinaria en un 80%, el diagnóstico en un 58,7% y la evolución de enfermería en un 64,6%. Estos resultados los consideraron no conformes. Concluyeron que los resultados de este estudio demostraron la necesidad de más orientación y auditorías.

Con relación a los estudios sobre el llenado de las HC y la influencia de periodos de entrenamiento, encontramos que, en 2017, Guzzo et al.[58], en el Hospital Escuela "Umberto I", en Roma, Italia, publicaron un estudio en el que se promueve un proceso de evaluación y autoevaluación de las HC, como herramienta para mejorar la asistencia al paciente en los hospitales. En 2013, evaluaron 518 HC, a través de un instrumento validado, compuesto por 92 ítems. Encontraron un 66,3% de cumplimiento, para los ítems analizados en el llenado. El hospital emprendió acciones correctivas específicas a través de un entrenamiento del personal. En 2016, evaluaron 666 HC. Se encontró una mejoría, estadísticamente significativa, en la calidad de los documentos evaluados.

Chantravekin et al.[59], en 2013, en la Facultad de Odontología de la Universidad de Thammasat, Tailandia, estudiaron la calidad del llenado de 70 HC, así como, la influencia de recibir entrenamiento para esto. La influencia de los talleres se evaluó mediante auditorías realizadas en tres fases: antes de la clase, después de la clase y antes y después del taller. Luego de la capacitación no hubo diferencias, estadísticamente significativas, durante las tres fases. Solo mejoró el llenado de algunas partes de la HC, como el examen físico y las notas de progreso (secuencia del plan de tratamiento).

En 2013, Chong et al.[60], en la Facultad de Odontología de la Universidad Internacional Médica de Kuala Lumpur, en Malasia, investigaron el impacto del entrenamiento en la conducta del llenado de la HC y la percepción de los estudiantes, sobre la formación del entrenamiento en las auditorías. Se seleccionaron 100 HC elaboradas por los estudiantes antes y después del entrenamiento. Se encontraron mejorías, estadísticamente significativas, en algunos ítems que conforman 7 de los 10 criterios evaluados. Concluyen que el entrenamiento, así como la práctica clínica, fue una herramienta útil para mejorar el llenado de las HC. En 2008, Ríos et al.[61], para analizar la presencia de los ítems, con un nuevo modelo de HC compararon sus resultados,

con los obtenidos en la primera etapa de este trabajo, realizado por Martín et al.[50]. El nuevo formato se utilizó durante dos años e incluyeron un seminario de entrenamiento al comienzo de cada curso, tras los cuales se evaluaron los mismos 46 ítems del estudio anterior. El estándar fue alcanzado en 29 criterios, a diferencia de los 12 criterios alcanzados en la primera auditoría. El estudio demostró una mejoría, estadísticamente significativa, en todos los parámetros de llenado. Afirman que esto fue producto de las medidas educativas desarrolladas e implementadas con el nuevo formato de HC. Se recomienda la supervisión continua de la calidad de llenado de las HC, por parte de los docentes.

En 2004, Pessian y Beckett[62], en el campus de Guy de la Facultad de Odontología del Colegio del Rey, en Reino Unido, evaluaron el estándar de llenado de las HC, realizadas por estudiantes de pregrado de odontología, durante 3 meses. En un primer momento, evaluaron 100 HC y el registro más deficiente fue la firma, tanto del docente, como del estudiante, seguido por la actualización de los antecedentes médicos y el motivo de consulta. En una segunda fase, evaluaron 100 HC, después de una sesión de entrenamiento, sobre el correcto llenado de las mismas. La mayoría de los elementos mejoraron su cumplimiento a un 100%. Concluyeron que se pueden lograr cambios positivos, sobre el llenado de las HC, mediante procesos de capacitación, así como, de procesos de auditorías periódicas. Se debe considerar la inclusión de cursos de entrenamiento al inicio de la carrera con relación con este aspecto.

Hand y Reynolds[63], en 1982, en Nueva York, en EE.UU., evaluaron la efectividad del Proceso Acelerado de Aprobación Previa, mediante el análisis de la disponibilidad y exhaustividad de la HC, a través de una auditoría. Se revisaron 316 HC. Consideraron "completas y disponibles" si tenían todos los ítems evaluados, incluido el examen radiográfico. Un 91% de las instituciones produjo HC completas y disponibles, pero sólo 5 tuvieron HC completas, de todos sus pacientes. La información demográfica fue registrada en un 89,6%, la información radiográfica en un 82,3% y el plan de tratamiento en un 85,7%. Culminada la primera auditoría, se informaron las deficiencias y se les solicitó un plan de corrección. Tras la segunda auditoría, 3 meses después, se encontró una mejoría, estadísticamente significativa, en casi todos los elementos, consideran que se pueden lograr registros adecuados, si hay buenos incentivos.

En 2015, Amos et al.[64] llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de evaluar la capacitación y las habilidades en el llenado de las HC de los estudiantes de odontología. Fueron incluidos solo los escritos en inglés, los que tenían disponibles el texto completo y los restringidos a educación. Seis artículos cumplieron con los criterios de inclusión. Encontraron que los métodos de la enseñanza y la evaluación de la calidad de la educación recaen en las auditorías. Detectaron que los formatos de mantenimiento de las HC, las auditorías docentes o una combinación de clases breves, investigación por parte de los estudiantes, revisión de grupos y directrices sobre el mantenimiento de las HC pueden mejorar las habilidades de mantenimiento de las HC de los estudiantes de odontología.

Se realizaron estudios sobre algún aspecto, en particular, del llenado de las HC. Así, en 2021, Cilovic- Lagarija et al.[65], en la Federación de Bosnia y

Herzegovina, analizaron la forma en que los odontólogos llenan y almacenan las HC llenadas a mano y electrónicamente, así como, los formularios para los reportes periódicos (mensuales, trimestrales y anuales). Lo hicieron a través de un cuestionario electrónico distribuido entre 426 odontólogos, que trabajaban en hospitales públicos y privados. Los resultados mostraron que un 58,7% de ellos realizaban el llenado de manera manual, un 9,4% electrónicamente y un 37%, tanto manual, como electrónicamente. Un 96,9% de los encuestados entienden el propósito de realizar las HC y un 91,8% cree que eso contribuye a mejorar la calidad de la asistencia prestada. Se enfatiza la necesidad del conocimiento en el campo de la informática.

Astekar et al.[43], en 2011, en Rajasthan, India, evaluaron la conciencia que tienen los odontólogos de la zona, sobre la calidad del llenado de las HC y su potencial uso en casos forenses y médico-legales. A través de una llamada telefónica, aplicaron una encuesta transversal de 48 ítems, a 100 odontólogos en ejercicio. Encontraron que un 38% de los encuestados llenaban HC, mientras que un 62% no lo hacían. Recomiendan realizar más estudios en todo el país, con un tamaño de muestra mayor y un cuestionario estandarizado.

En 1995, Borrman et al.[66], en Gotemburgo, Suecia, investigaron la calidad de llenado de la HC y sus implicaciones en la identificación de cadáveres. Evaluaron todos los casos de odontología forense, de la policía de Gotemburgo durante 9 años. De un total de 163 HC, se analizaron 80, de las que 51 procedían de centros de odontología pública, 24 de odontólogos privados, 2 de odontólogos especialistas y 3 en las que no se identificó el odontólogo tratante. Los criterios se compararon con un formato de llenado estandarizado. La información de las características dentales, los hallazgos anatómicos normales y los tratamientos restauradores estaban completos en un 68% de los casos, incompletos en un 27% y ausentes en un 5%. Un 40% contenían radiografías, un 86% el diagnóstico y un 29% anotaba datos sobre la anestesia. Las radiografías determinan la singularidad de un individuo, de allí su importancia. Un 21% realizó correcciones de manera inadecuada. La calidad de las HC odontológicas puede mejorar, pero la identificación no se obstaculizó por los errores encontrados en este estudio.

En 2017, Brown et al.[39], en Reino Unido, evaluaron las HC odontológicas, para determinar la exactitud del odontodiagrama, analizaron 1128 HC. Encontraron que un 44% de las HC eran inexactas, pues sus odontodiagramas requerían modificaciones.

Soto et al.[67], en 2016, en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, en Madrid, España, realizaron un muestreo aleatorio, de 78 HC digitalizadas, para identificar el uso de las abreviaturas o siglas más frecuentes, identificar las de riesgo no recomendadas y las polisémicas. Dichas HC fueron auditadas por profesionales de la salud, con entrenamiento previo. Un 100% de las HC contenían abreviaturas, la más frecuente fue HTA para la hipertensión arterial. Se hallaron 28 abreviaturas de riesgo no recomendadas, una de las más frecuentes fue SC, para subcutáneo y 23 polisémicas, la más frecuente fue H para horas, historia y hospital. Se recomienda desarrollar protocolos que ayuden a estandarizar las abreviaturas utilizadas.

En 2011, Oladipo et al.[68], en un Hospital General en Londres, Reino Unido, evaluaron la calidad de

la documentación de los ginecólogos, sobre la información esencial y apropiada en las notas quirúrgicas del hospital. En la primera auditoría se evaluaron 82 HC, a través de un formulario que se suministró, para tal fin. El seguimiento se registró en un 59,7%, el plan postoperatorio se registró en un 42,6% y el tipo de incisión en un 36,5% de esas notas. Este proceso se repitió a los 12 meses, en 64 notas quirúrgicas, tras recibir las recomendaciones. En esta segunda auditoría, se observó una mejoría, estadísticamente significativa. El plan postoperatorio aumentó a un 99% y el tipo de incisión y el seguimiento alcanzaron un 91% de cumplimiento. El formulario estandarizado de notas quirúrgicas mejoró significativamente la calidad de la documentación, por tanto, los autores recomiendan su uso.

En 2008, Dar-Odeh et al.[11], en el Hospital Universitario de Jordania, en Amán, Jordania, analizaron las HC de los pacientes, para investigar si se implementan los formatos de registro de prescripciones de fármacos y aplicaciones de anestésicos locales inyectados. Auditaron 1000 HC. Se mencionan récipes, en un 3,9% de las historias, un 24,5% incluía el nombre comercial del fármaco y un 9,4% incluía todos los datos del medicamento. En cuanto al anestésico local inyectado, solo un 5% incluía todos los datos. Se concluyó que la información relativa a la prescripción de drogas y la anestesia local fue poco documentada por los profesionales de la salud. Recomiendan mejorar el llenado de estos formatos.

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. 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-.
3. Código de Deontología Odontológica. Aprobado en la XXXIX Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela, (1992).
4. American Dental Association. Dental Patient Chart: Structure and Function Guidelines. Chicago: ADA; 1987.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Osborn J, Stoltenberg J, Newell K, Osborn S. Adequacy of dental records in clinical practice: a survey of dentists. Journal of Dental Hygiene [Internet] 2000 [citado el 16 de noviembre de 2022]; 74:297-306. Disponible en: https://es.scribd.com/document/470343815/Adecuacion-de-los-registros-dentales-en-la-practica-clinica.
11. Dar-Odeh N, Ryalat S, Shayyab M, Abu-Hammad O. Analysis of clinical records of dental patients attending Jordan University Hospital: documentation of drug prescriptions and local anesthetic injections. Therapeutics and Clinical Risk Management. Octubre de 2008; 4(5):1111-7. doi: 10.2147/tcrm.s3727. PMID de PubMed: 19209291; PMCID central de PubMed: PMC2621415.
12. American Dental Association, Council on Dental Practice Division of Legal Affairs. Dental Records. Chicago (EE. UU.): ADA; 2010. 37 pp.
13. 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.
14. Washington Medical Commission. Medical records; documentation, access, retention, storage, disposal, and closing a practice. Olympia: Washington; 2020.

15. Norma oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales (2015).

16. Norma oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (2012).

17. García P, Pessah S, Ricse C, Villarán R, Gil K, Yamaguchi L. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Prestaciones de Salud. Dirección de Calidad en Salud; 2016.

18. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado núm. 274, BOE-A-2002-22188 (2002).

19. Health Professions Council of South Africa. Guidelines on the keeping of patient health records. South Africa: 2022.

20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

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

25. 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.

26. 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.

27. Hadden A. Clinical Examination and Record-Keeping Working Group FGDP(UK). Clinical examination & record-keeping: Part 2: History taking. British Dental Journal. 15 de diciembre de 2017;223(11):823-5. doi: 10.1038/sj.bdj.2017.989.

28. Amos K, Cockrell D, Palermo C, Rosehill S, Bearman M. Attributes of the complete dental record: a Delphi approach to standards. Australian Dental Journal. Abril de 2017 [citado el 16 de noviembre de 2022];62(4):426-32. doi: 10.1111/adj.12521.

29. Papa R. La instrucción modular en la enseñanza y aprendizaje de la anamnesis [Trabajo de ascenso]. [Caracas (Venezuela)]: Universidad Central de Venezuela; 1981. 258p.

30. 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.

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

32. 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.

33. 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.

34. Gleadle J. Historia clínica y exploración física en una mirada [Internet]. México: Mc Graw Hill interamericana editores; 2009 [citado el 16 de noviembre de 2022]. 214p. Disponible en: http://www.untumbes.edu.pe/bmedicina/libros/Libros12/libro145.pdf.

35. Tierney L, Henderson M. Historia clínica del paciente: Método basado en evidencias [Internet]. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2000 [citado el 16 de noviembre de 2022]. 626p. Disponible en: https://librosmedicospdf.com/book-historia-clinica-del-paciente-metodo-basado-en-la-evidencias.

36. 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.

37. 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.

38. 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.

39. 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.

40. Luna A. Problemas médico legales del manejo de la historia clínica. Rev. Latinoam. Der Méd. Medic. Leg [Internet]. Junio de 2000 [citado el 16 de noviembre de 2022];5(1):9-48. Disponible en: https://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v5n1/art7.pdf.

41. 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.

42. Padhiary K. The art of history taking. 2da Edición. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd; 2009. 245p.

43. 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.

44. Bramley S. Medical records and the law. BJU International. Agosto de 2000;86(3):286-90. doi: 10.1046/j.1464-410x.2000.00294.x. PMID de PudMed: 10930933.

45. 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.

46. 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.

47. Meisha D. Evaluation of accuracy and completeness of electronic dental records in a dental school setting. The Open Dentistry Journal. Noviembre de 2019; 13(1):520-5. doi: 10.2174/1874210601913010520.

48. 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.

49. Dosumu E, Dosumu O, Lawal F. Quality of records keeping by undergraduate dental students in Ibadan, Nigeria. Ann Ibd. Pg. Med. 2012;10(1):13-7. PMID de PubMed: 25161401; PMCID central de PubMed: PMC4111046.

50. 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.

51. 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.

52. Helminen S, Vehkalahti M, Murtomaa H, Kekki P, Ketomäki T. Quality evaluation of oral health record-keeping for finnish young adults. Acta Odontol Scand [Internet]. Octubre de 1998 [citado el 10 de febrero de 2022]; 56(5):288-92. doi: 10.1080/000163598428464; PMID de PubMed: PMID: 9860097.

53. 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.

54. 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.

55. 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.

56. 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.

57. Gomes M, Akemi E, Inocento M. Evaluation of the nursing records in the medical records of patients hospitalized in an internal medicine unit. Acta Paulista de Enfermagem. 2011; 25(2):163-70. doi: 10.1590/S0103-21002012000200002.

58. 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.

59. Chantravekin Y, Tasananutree M, Santaphongse S, Aittiwarapoj A. Qualities of dental chart recording and coding. Stud Health Technol Inform. 2013; 192:932. doi: 10.3233/978-1-61499-289-9-932; PMID de PubMed: 23920706.

60. Chong J, Chew J, Ravindranath S, Pau A. Clinical audit teaching in record-keeping for dental undergraduates at International Medical University, Kuala Lumpur, Malaysia. J Dent Educ. Abril de 2014; 78(2):206-12. PMID de PubMed:24489028.

61. 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.

62. 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.

63. 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.

64. 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.

65. 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.

66. 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.

67. Soto F, Sebastián T, Carrasco P, Fernández C, Palacios D. El uso de abreviaturas no recomendadas en el informe de alta y prescripción médica: estudio observacional retrospectivo. Anales Sis San Navarra [Internet]. Diciembre de 2016 [citado el 14 de junio de 2023]; 39(3):379-87. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v39n3/original4.pdf.

68. 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.