



BID. T 3509

SERVICIOS ECONÓMICOS Y ADMINISTRATIVOS
FACULTAD DE MEDICINA
ENTRADA N.º 5923
Fecha 15-XII-87
Centro
Fecha

D. 1180848

L. 1180863







UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

LA DOCUMENTACION CLINICA  
EN ODONTO-ESTOMATOLOGIA.

TESIS DOCTORAL

REALIZADA POR:

VICENTE FAUS LLACER

DIRIGIDA POR:

PROF. DR. D. RAFAEL PERIS BONET, DIRECTOR

PROF. DR. D. JOSE VTE. BAGAN SEBASTIAN, CODIRECTOR

UMI Number: U607455

All rights reserved

INFORMATION TO ALL USERS

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.

In the unlikely event that the author did not send a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if material had to be removed, a note will indicate the deletion.



UMI U607455

Published by ProQuest LLC 2014. Copyright in the Dissertation held by the Author.  
Microform Edition © ProQuest LLC.

All rights reserved. This work is protected against  
unauthorized copying under Title 17, United States Code.



ProQuest LLC  
789 East Eisenhower Parkway  
P.O. Box 1346  
Ann Arbor, MI 48106-1346

RAFAEL PERIS BONET, Profesor titular de Documentación Médica de la Universidad de Valencia, como director, y JOSE VICENTE BAGAN SEBASTIAN, Profesor titular de Estomatología de la Universidad de Valencia, como codirector.

CERTIFICAN: Que la presente Tesis Doctoral "LA DOCUMENTACION CLINICA EN ODONTO-ESTOMATOLOGIA" ha sido efectuada por el licenciado Vicente Faus Llácer bajo nuestra dirección.



Fdo: Rafael Peris



Fdo: José Vicente Bagan

Valencia, Octubre de 1987



A-1076

A MARIA JOSE, TITO y NACHO.

A MIS PADRES.

## AGRADECIMIENTOS.

A la Drs. Dña. Ma Luz Terrada, por su colaboración tan valiosa en la dirección de esta Tesis Doctoral.

Al Dr. D. Rafael Peris Bonet, sin cuyos consejos, apoyo y colaboración no hubiera sido posible realizar este trabajo.

Al Dr. D. Federico Carbonell Antolí, impulsor de la presente Tesis Doctoral.

Al Dr. D. Ames F. Tryon, por su colaboración personal y desinteresada en la aportación de documentación sobre la H.C.O.P. dental.

Al Dr. D. H. Spirglas, por su aportación personal de documentación sobre microfilms en historia clínica.

A la Dra. V. Morice por su aportación personal de documentación sobre la historia clínica informatizada.

Al Dr. D. Jesús Bernardo Otero Cortés, director de la Escuela de Estomatología de Santiago de Compostela, por su colaboración en el cuestionario realizado.

Al Dr. D. José M. Chamorro Ortega, director de la Escuela de Estomatología de Granada, por su colaboración en el cuestionario realizado.

Al Dr. D. Javier Garro Barrio, director de la Escuela de Estomatología de Bilbao, por su colaboración en el cuestionario realizado.

Al Dr. D. José R. Casado Llombart, director de la Escuela de Estomatología de Oviedo, por su colaboración en el cuestionario realizado.

Al Dr. D. Manuel Lopez Lopez, director de la Escuela de Estomatología de Sevilla, por su colaboración en el cuestionario realizado.

Al Dr. D. Antonio Nadal Lopez, director de la Escuela de Estomatología de Barcelona, por su colaboración en el cuestionario realizado.

Al Dr. D. Gines Domenech, director de la  
Escuela de Estomatología de Murcia, por su colabora-  
ción en el cuestionario realizado.

A mis compañeros de la Cátedra de Odonto-  
logía Conservadora, por su apoyo y estímulo.



## SUMARIO.

1.- INTRODUCCION. NECESIDAD ACTUAL DE UN SISTEMA DE RECUPERACION DE LA INFORMACION.....	1
2.- OBJETIVOS.....	6
3.- METODO DE TRABAJO.....	8
4.- SISTEMA DE RECUPERACION DE LA INFORMACION.....	13
4.1. S.R.I. clínica.....	18
4.1.1. Memoria Activa.....	21
4.1.1.1. Recuperacion de documentos.....	22
4.1.1.2. Recuperación de datos.....	29
4.1.2. El documento primario: la historia clínica...	34
4.1.3. La memoria pasiva: numeración y archivado de la historia clínica.....	44

5.- MODELO DE HISTORIA CLINICA ORIENTADA POR PROBLEMAS (H.C.O.P.).....	52
5.1. La repercusión de la historia clínica orientada por problemas. ....	56
5.1.1. La H.C.O.P. en odonto-estomatología.....	59
5.2. La estructura y funcionamiento de la historia clínica orientada por problemas.....	61
6.- LA INFORMACION ESTADISTICA.....	75
7.- LA SITUACION ACTUAL DE LA INFORMACION CLINICA EN LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE VALENCIA.....	96
7.1. Estructura de la Escuela de Estomatología de Valencia.....	97
7.1.1. Organigrama de los Servicios y tratamientos que prestan, con los solapamientos entre ellos.....	104
7.2. Procedimiento de recepción de pacientes.....	107
7.3. Sistematización de las actividades desarrolla- das en la Escuela de Estomatología de Valencia. Diagramas de flujo .....	115

7.4. Organización de la información clínica en la Escuela de Estomatología de Valencia.....	126
7.4.1.- Documentos de uso general.....	127
7.4.2.- Estudio de documentos, ficheros y esta- dísticas de los diferentes Servicios.....	158
7.4.3.- Historia clínica. Tabla general de datos y descripción de los modelos de historia clínica.....	180
8.- ORGANIZACION DE LA INFORMACION EN OTRAS ESCUELAS Y CENTROS.....	233
9.- NORMALIZACION DE LOS SIMBOLOS DEL ODONTOGRAMA.....	252
10.- HISTORIA CLINICA ORIENTADA POR PROBLEMAS PARA ATENCIÓN ODONTO-ESTOMATOLOGICA.....	256
11.- RECAPITULACION Y COMENTARIOS A LOS RESULTADOS...	295
12.- CONCLUSIONES.....	340
13.- BIBLIOGRAFIA.....	346
APENDICE: Historia clínica orientada por problemas para atención adonto-estomatológica. Guía del usua- rio.....	377

## INDICE DE TABLAS, CUADROS Y FIGURAS.

4.1. SISTEMA DE RECUPERACION DE LA INFORMACION (SRI)...	16
6.1. CONSULTA EXTERNA: Principales causas de ..... morbilidad por grupos de edad, sexo y tipo de consulta .....	81
6.2. INSTRUMENTOS OBSERVADOS: Composición, Actividades, Rendimientos y Costos .....	82
6.3. INSTRUMENTOS NORMALIZADOS: Composición, Activi- dades, Rendimientos y Costos .....	88
7.1. ORGANIGRAMA DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE VALENCIA .....	102
7.1.1. ORGANIGRAMA DE LOS SERVICIOS Y TRATAMIENTOS QUE PRESTAN, CON LOS SOLAPAMIENTOS ENTRE ELLOS.....	104
7.2. ABREVIATURAS UTILIZADAS EN LOS DIAGRAMAS DE FLUJO .....	118
7.3. TARJETA DE IDENTIFICACION Y CONTROL DE VISITAS (Anverso) .....	131
7.4. TARJETA DE IDENTIFICACION Y CONTROL DE VISITAS (Reverso) .....	132
7.5. PETICION DE CONSULTA O INFORME DE ESPECIALIDAD....	135

7.6. PROPUESTA PARA LAS "CONSULTAS EXTERNAS" (Anverso) .....	137
7.7. PROPUESTA PARA LAS "CONSULTAS EXTERNAS" (Reverso) .....	138
7.8. INFORME DE RADIOLOGIA (Hoja 1) .....	141
7.9. INFORME DE RADIOLOGIA (Hoja 2 y 3) .....	142
7.10. INFORME DE MICROBIOLOGIA (Hojas 1,2,3 y 4).....	144
7.11. INFORME DE MICROBIOLOGIA (Hoja 5. Anverso).....	145
7.12. INFORME DE MICROBIOLOGIA (Hoja 5. Reverso).....	146
7.13. INFORME DE LABORATORIO (HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA MEDICA) .....	149
7.14. INFORME DE LABORATORIO (HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA MEDICA) .....	150
7.15. INFORME DE LABORATORIO (QUIMICA CLINICA) .....	151
7.16. INFORME DE LABORATORIO (QUIMICA CLINICA).....	152
7.17. INFORME DE LABORATORIO .....	154
7.18. INFORME ANATOMO-PATOLOGICO (Anverso).....	156
7.19. INFORME ANATOMO-PATOLOGICO (Reverso).....	157

7.20. DOCUMENTOS, FICHEROS Y ESTADISTICAS DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE VALENCIA.....	160
7.21. DATOS POR HISTORIA CLINICA DE ESPECIALIDAD EN LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE VALENCIA.....	182
7.22. DISTRIBUCION DEL NUMERO DE DATOS POR SECCIONES DE LAS DIEZ HISTORIAS CLINICAS DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE VALENCIA.....	195
7.23. DATOS QUE SE REPITEN EN LAS DIEZ HISTORIAS CLINICAS.....	196
7.24. DATOS QUE SE REPITEN EN NUEVE DE LAS DIEZ HISTORIAS CLINICAS.....	197
7.25. DATOS QUE SE REPITEN EN OCHO DE LAS DIEZ HISTORIAS CLINICAS.....	198
7.26. DATOS QUE SE REPITEN EN SIETE DE LAS DIEZ HISTORIAS CLINICAS.....	199
7.27. DATOS QUE SE REPITEN EN SEIS DE LAS DIEZ HISTORIAS CLINICAS.....	200
7.28. DATOS QUE SE REPITEN EN CINCO DE LAS DIEZ HISTORIAS CLINICAS.....	201

7.29. DATOS QUE SE REPITEN EN CUATRO DE LAS DIEZ HISTORIAS CLINICAS.....	202
7.30 DATOS QUE SE REPITEN EN TRES/DOS DE LAS DIEZ HISTORIAS CLINICAS.....	203
7.31. DATOS AGRUPADOS POR SECCIONES, QUE SE REPITEN EN LAS HISTORIAS CLINICAS.....	204
7.32. RESUMEN SOBRE DETERMINADAS CARACTERISTICAS DE LAS DIFERENTES HISTORIAS CLINICAS DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA Y DOSIERS PARA EL ARCHIVADO.....	232
8.1. MAPA DE LA DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LAS ESCUELAS DE ESTOMATOLOGIA DE ESPAÑA.....	238
8.2. CUESTIONARIO.....	239
8.3. RESPUESTAS DE LAS ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE BARCELONA.....	240
8.4. RESPUESTAS DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE BILBAO.....	241
8.5. RESPUESTAS DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE GRANADA.....	242
8.6. RESPUESTAS DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE MADRID.....	243

8.7. RESPUESTAS DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE MURCIA.....	244
8.8. RESPUESTAS DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE OVIEDO.....	245
8.9. RESPUESTAS DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE SANTIAGO.....	246
8.10. RESPUESTAS DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE SEVILLA.....	247
8.11. RESUMEN DE LAS RESPUESTAS CORRESPONDIENTES AL CUESTIONARIO ENVIADO A LAS ESCUELAS DE ESTOMA- TOLOGIA DE ESPAÑA.....	248
9.1. PROPUESTA DE DIFERENTES AUTORES PARA LA NORMALIZA- CION DE LOS SIMBOLOS DEL ODONTOGRAMA.....	255
10.1. " 99 PREGUNTAS SOBRE SU SALUD".....	263
a	
10.10 " 99 PREGUNTAS SOBRE SU SALUD" (Continuación)....	272
10.11. BASE DE INFORMACION: Resumen del cuestionario de salud.....	273
10.12. BASE DE INFORMACION: Datos demográficos y so- ciales.....	274



10.13. BASE DE INFORMACION: Anamnesis. Antecedentes.....	275
10.14. BASE DE INFORMACION: Examen físico.....	276
10.15. BASE DE INFORMACION: Examen físico (2).....	277
10.16. BASE DE INFORMACION: Examen dental.....	278
10.17. BASE DE INFORMACION: Higiene oral.....	279
10.18. BASE DE INFORMACION: Datos radiológicos.....	280
10.19. BASE DE INFORMACION: Datos radiológicos (2).....	281
10.20. LISTA DE PROBLEMAS.....	282
10.21. PLANES INTEGRADOS.....	283
10.22. NOTAS DE EVOLUCION.....	284
10.23. INFORME DE ALTA.....	285
10.24. SIMBOLOS NORMALIZADOS DEL ODONTOGRAMA.....	289
11.1. USOS O APLICACIONES QUE PODEMOS DAR A LOS CARAC- TERES DISTINTIVOS O DATOS DE LA H.C.O.P. PRO- PUESTA.....	325

11.2. DOCUMENTOS EN QUE SE ENCUENTRAN CADA UNO DE LOS DATOS DEL CONJUNTO MINIMO BASICO DE DATOS.....	332
11.3. RECOMENDACIONES Y ESTADO ACTUAL DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE VALENCIA SEGUN LA MEMORIA PASI- VA DEL SISTEMA.....	339

1

INTRODUCCION.

Cada vez es mayor el número de personas que demandan atención odontológica en la Escuela de Estomatología de Valencia. Esta demanda por parte de los pacientes nos exige, además, que la atención prestada sea cada vez de mayor calidad.

Cuando a los pacientes se les presta una atención inadecuada o no todo lo buena que podría ser, una de las causas determinantes puede ser la falta de una continuidad en la atención al paciente (GERTZOG, J.,1974 y HAMMOND, K.,1974 y LEWIS, C.A.,1975).

La falta de continuidad en la asistencia es, a su vez, la resultante de una información insuficiente sobre ese paciente, y esto es, en general, consecuencia de un sistema de información deficiente.

Es por ello que necesitamos establecer unos buenos instrumentos de comunicación. Eficaces para proporcionar al paciente odontológico una atención bucal coordinada, continuada y de elevada calidad.

Los instrumentos necesarios para poder ofrecer una asistencia odontológica coordinada, continuada y de calidad deben buscarse en el establecimiento de un Sistema de Recuperación de la Información (S.R.I.) adecuado a la Escuela de Estomatología de Valencia.

Como describiremos en la parte dedicada al método, organizar sistemas de información asistenciales adecuados significa, en nuestros días, recurrir obligatoriamente a los procedimientos de la disciplina conocida como Documentación Médica, introducida en nuestro país por M<sup>a</sup> Luz TERRADA y J.M<sup>a</sup> LOPEZ PIÑERO, como es sobradamente conocido.

En su monografía La Documentación Médica como Disciplina, la Profesora TERRADA (1983) define la Documentación Médica como:

"La Documentación Médica es, por supuesto, la aplicación de los saberes y las técnicas de la Documentación a los problemas informativos de la Medicina. Se enfrenta con todos los aspectos de dichos problemas, tanto los relativos a la ciencia médica, como los referentes a la práctica médica contenida en cualquier soporte: textos

manuscritos, impresos o reproducidos por otros procedimientos; imágenes macro y microscópicas de todas las clases y sus copias; grabaciones auditivas de voces y sonidos; datos cualitativos y cuantitativos registrados en fichas perforadas, cintas y discos magnéticos, etc. Considera todos los usos de tal información: la enseñanza profesional y educación popular, la investigación, la práctica clínica y preventiva, la planificación, la gestión y la administración, etc.

De acuerdo con las formulaciones generalmente aceptadas, los objetivos de la Documentación Médica pueden resumirse en dos grandes epígrafes. El primero de ellos es el análisis científico de la producción y el consumo, así como de la estructura y las propiedades de la información médica. El segundo, la recogida, el procesamiento analítico-sintético, el almacenamiento, la recuperación y la difusión de dicha información".

Al mismo tiempo, en el análisis que la Profesora TERRADA nos ofrece de la evolución de la historia clínica como vehículo informativo, aparece claramente como la medicina de laboratorio . . . ocasiona que se inicie una profunda transformación en la historia clínica, de

tal modo que ésta irá dejando de ser un producto individual (y para uso individual), para transformarse, en la asistencia moderna, en el núcleo de integración de toda la información asistencial relativa a un mismo paciente y en el medio de comunicación entre los distintos miembros del equipo que prestan la asistencia.

2

OBJETIVOS.



Los objetivos que perseguimos con nuestro trabajo se centran en establecer unas bases documentales adecuadas para la recuperación de la información asistencial en la Escuela de Estomatología de Valencia.

Estas bases documentales se concretan en el análisis de la situación informativa actual de la Escuela y en la propuesta de un modelo de historia clínica que cumpla las exigencias propias de la asistencia de nuestro tiempo.

De la existencia de dicho modelo de historia clínica y del correspondiente sistema de recuperación de la información se derivarán una serie de ventajas que pueden cifrarse en: 1) Mejor asistencia a los pacientes, 2) Posibilidad de obtener mejores estadísticas de morbilidad y rendimiento y 3) Recuperación de documentos y datos específicos para proyectos de investigación.

3

METODO DE TRABAJO.

La pauta de trabajo que se ha escogido para el desarrollo del presente estudio responde a los métodos de la Documentación Médica, tal como los desarrolla la profesora M.L. TERRADA en su trabajo, ya citado, La Documentación Médica como Disciplina. Particularmente, en la páginas dedicadas a exponer los conceptos básicos del Sistema de Recuperación de la Información (SRI).

De tal modo que se ha aplicado una pauta de observación y análisis que responde paso a paso a la estructura, elementos básicos y funciones del S.R.I.

En primera lugar, se ha procedido a realizar un estudio detallado de las recomendaciones básicas presentes en la literatura profesional, propia de la Documentación Médica sobre las características y normas a cumplir por los sistemas de recuperación de la información clínica.

A este respecto, se abordan las recomendaciones referentes a la memoria activa, los documentos prima-

rios y la memoria pasiva. Poniendo especial cuidado en los aspectos de normalización y de modelo de la historia clínica, respecto del cual se estudió con detalle la aportación del modelo de historia clínica orientada por problemas (H.C.O.P.) de WEED y la aportación de esta historia clínica en la documentación odontoestomatológica en nuestro campo. Así mismo se han revisado los aspectos básicos de la información sanitaria en odontoestomatología.

A continuación, se ha realizado un estudio de observación de la situación actual de los sistemas de información clínica en Estomatología, centrado en la Escuela de Valencia y una encuesta, dirigida al resto de Escuelas Españolas de Estomatología:

- 1.- En el estudio de observación, siguiendo la pauta que nos ofrece el modelo general de SRI, se realiza mediante un trabajo de campo, efectuado directamente por el doctorando, una recogida minuciosa y sistemática de datos sobre los siguientes aspectos:
  - a.- La estructura de la Escuela de Estomatología de Valencia y los procedimientos sistemáticos que, en ella, se desarrollan ligados al movimiento de los

pacientes asistidos. Para cuya expresión se ha seguido la técnica de diagramas de flujo, de acuerdo con la pauta habitual en esta materia.(FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F., 1973 y PERIS, R., 1977).

b.- La organización de la información clínica. Particularmente los aspectos relativos a las condiciones formales y al contenido explícito de los propios documentos clínicos (primarios), los documentos secundarios (ficheros, etc.), las características esenciales de organización de la memoria activa y las condiciones materiales y de organización de la memoria pasiva. Así como de la información estadística producida.

2.- La encuesta dirigida a las Escuelas españolas de Estomatología tiene la intención de proporcionarnos un marco de referencia para valorar la situación de la Escuela de Valencia. Para esta encuesta, cuyo modelo se adjunta en el capítulo "Organización de la Información en otras Escuelas y Centros", se ha escrito directamente a todos los directores de la Escuelas.

Por último, en base a la información recogida tanto del estudio de las publicaciones especializadas como del trabajo de observación, se establece una evaluación de la situación de la información clínica estomatológica desde la perspectiva del modelos general del S.R.I. y una propuesta de renovación de los documentos clínicos primarios de acuerdo con las necesidades y recomendaciones actuales.

4

SISTEMA DE RECUPERACION DE LA INFORMACION.

Los Sistemas de Recuperación de la Información han sido definidos en la literatura científica por numerosos autores y entidades, entre los que destacamos:

"El problema de la Recuperación de la Información es la acumulación constante de un volumen siempre creciente de información científica, por una parte, y el crecimiento y progresiva complejidad de las necesidades de información de los especialistas, por otra parte". (MIJAILOV, R.I. y GUILIAREVSKIJ, R.S., 1974).

"El Sistema de Recuperación de Información (S.R.I.) es el conjunto de técnicas u operaciones, destinadas a extraer de una colección documental o de la memoria del sistema, elementos informativos que respondan a determinadas características definidas por los usuarios". (TERRADA, M.L., 1983).

Concepto que engloba el de Sistema de Información Sanitaria.

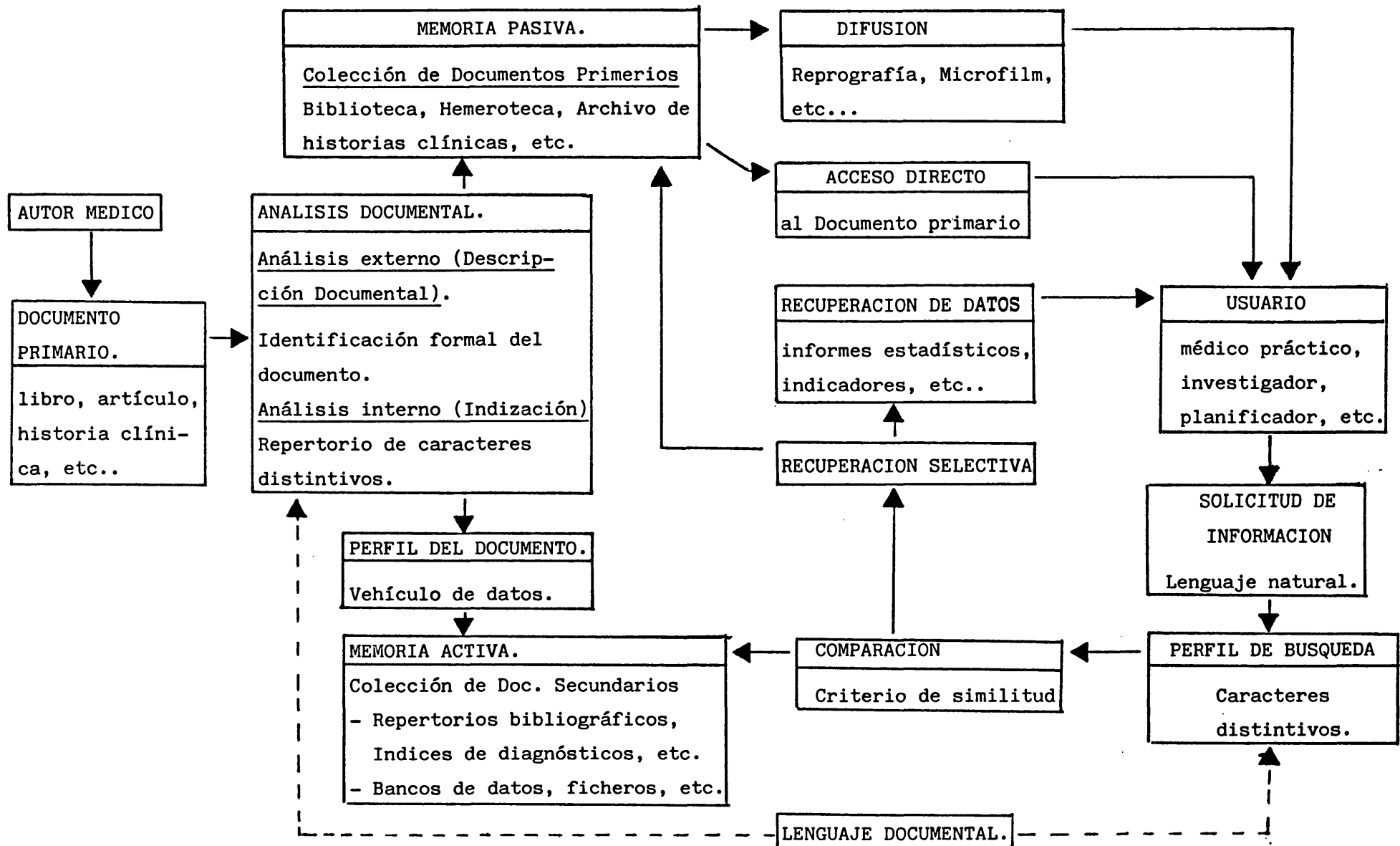


"El Sistema de Información Sanitaria es la entidad que trata de suministrar a los administradores de los servicios de salud, a todos los niveles, los informes deseados en el momento preciso y a difundir informaciones de orden técnico y científico a todo el personal de los servicios de salud de un país". (OMS,1977b).

Así pues, entendemos por "Sistema de Recuperación de la Información (S.R.I.) al conjunto de técnicas y medios dispuestos con el objeto de recuperar, de forma selectiva, la información contenida en una serie de documentos primarios". (PERIS, R.,1974);

De acuerdo con TERRADA, M.L. (1983), los Sistemas de Recuperación de Información en esencia se adaptan al siguiente esquema básico; que reproducimos tomado de la minuciosa bibliografía: (Ver cuadro nº 4.1.)

Cuadro 4.1. SISTEMA DE RECUPERACION DE LA INFORMACION (S.R.I.).



Según MIKHAILOV, R.I. y GILJAREVKIJ, R.S.  
(1974) el Sistema de Recuperación de la Información (S.  
R.I.) puede clasificarse en:

- Sistema de Recuperación de Documentos.
- Sistema de Recuperación de Datos.
- Sistemas Lógicos de Información.

4.1. SISTEMA DE RECUPERACION DE INFORMACION (S.R.I.)  
CLINICA.

Aplicando el modelo básico general de SRI a la información clínica, tenemos que se concreta en:

a) S.R. de Documentos:

- Recuperación de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> para asistencia
- Recuperación de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> para revisión.

Para la recuperación de las H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> se han elaborado una serie de índices; como son los de pacientes, diagnósticos (simples y cruzados), operaciones y médicos.

b) S.R. de Datos:

- Series estandar de estadísticas: (morbilidad, rendimiento de la institución, etc).

Aspectos ambos que en la práctica pueden sintetizarse en un único sistema integrado (ZEMACH, R. y ERVIN, T.R., 1973).

Basándonos en las definiciones anteriores sobre Sistemas de Recuperación de Información (S.R.I.) y en la monografía de TERRADA, M.L. (1983) sobre La documen-

tación médica como disciplina , vamos a exponer cada uno de los elementos que forman parte de un S.R.I. para documentos clínicos:

- El documento primario es el soporte de la información resultante, de forma integrada, de la práctica médica o de la investigación. En nuestro caso es la historia clínica acumulativa e integrada.
- Análisis documental: son las operaciones que se realizan en el contenido del documento, historia clínica, para posibilitar su recuperación. Su objetivo es establecer unas características de la historia clínica, documento, que coincidan con el perfil de búsqueda formulado por el usuario. Tiene dos fases:
  - a) Análisis externo (descripción documental): Su objetivo principal es identificar el documento. El objetivo secundario es describir el contenido del documento.
  - b) Análisis interno (indización): Consiste en representar el contenido informativo de un documento desde un repertorio de caracteres distintivos.

- Perfil del documento: es consecuencia de la indización, y resulta de la correspondencia unívoca de los términos expresados en lenguaje natural de acuerdo con las reglas del lenguaje de búsqueda.
- Vehículo de datos: es el soporte de la información resultante una vez codificada y expresada en el lenguaje documental propio del sistema.
- Memoria pasiva: es el conjunto de documentos primarios una vez procesados o tratados, bien en su forma natural o en copias (microfilm, etc...).
- Memoria activa: está compuesta por todos los documentos secundarios del sistema. En este caso índices de diagnóstico y operaciones, índice general de pacientes, índice de médicos, etc.
- Solicitud de información: está expresada en el lenguaje natural por el usuario que hace la petición de información, ya que éste no tiene porqué conocer el lenguaje documental.
- Perfil de búsqueda: es la traducción de la solicitud de información, por el documenta-

lista, del lenguaje natural al lenguaje documental propio del sistema.

- La recuperación de la información, último proceso del S.R.I. es su verdadero objetivo. Es el proceso mediante el cual son extraídos de una colección documental o de la memoria del sistema, los documentos (historias clínicas) o la información que presenta ciertas características definidas por el usuario. Para ello son básicos dos elementos:
  - a) El lenguaje del sistema: conjunto de claves o términos convencionales que usamos para describir las características del documentos de acuerdo con ciertas normas.
  - b) El criterio de similitud o relevancia: es el conjunto de reglas por las que establecemos los documentos que corresponden y cuales no a una búsqueda, en función de su proximidad semántica.

#### 4.1.1. La Memoria Activa.

Como ya hemos indicado anteriormente para la recuperación de documentos se han elaborado una serie de índices:

#### 4.1.1.1. Recuperación de documentos.

##### a.- Índice general de pacientes.

De acuerdo con FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F. (1973), el índice general de pacientes es un registro formado por los nombres de todos los pacientes del hospital ordenados alfabéticamente y acompañados de datos complementarios para garantizar la identificación individual sin errores.

Es un documento secundario. Es clave para localizar la H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> de un enfermo. Permite verificar si el paciente ha recibido asistencia en el hospital. Su consulta antes de iniciar una nueva historia clínica evita duplicaciones. Se usan tarjetas individuales para cada uno de los pacientes, tamaño 7,5 x 5cm. Debe ser única y permanente. Nunca se deben retirar tarjetas del fichero. En estas hay que registrar: número de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>, apellidos y nombre, apellidos y nombre parternos, fecha de nacimiento y sexo.

El índice general de pacientes debe ser un registro de todos los pacientes del hospital, tanto internos como externos. De acuerdo con la American Hospital Association (1972), es aconsejable introducir además:



dirección, estado civil, ocupación, fecha de admisión y alta, nombre del pariente próximo. Debe ser único y permanente. Utilizan tarjetas de tamaño 7,5 x 5cm.

Otros autores significativos que coinciden básicamente en lo expuesto son HUFFMAN, E.K. (1970) y OMS (1980 b).

b.- Índice de diagnósticos y operaciones.

Su objetivo es facilitar a los investigadores la historia clínica correspondiente a las enfermedades o grupos de enfermedades y operaciones requeridas para sus trabajos científicos (FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F., 1973).

Sirve pues, para la localización de pacientes con una o varias enfermedades, con finalidad de revisión o investigación. Es esencial que los diagnósticos se expresen en términos precisos y uniformes y se indiquen adecuadamente.

Por su parte BENJAMIN, B. (1977) lo define como el método de indizar los documentos de forma que las historias clínicas de todos los pacientes con una deter-

minada enfermedad puedan ser recuperados y unidos para un estudio especial.

La indización de los diagnósticos y operaciones representa uno de los problemas más complejos con que se enfrentan los Sistemas de Recuperación de la Información (S.R.I.), Entre los diferentes instrumentos de control de vocabulario usados en los S.R.I. clínica destacan las clasificaciones de enfermedades producidas por la OMS, entre las que podemos citar: la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), (OMS, 1978 b), CIE-0 (Oncológica) (OMS, 1977 a) CIE-DA (dental) (OMS, 1978 a), CIE para oftalmología, Clasificación de Defectos e Incapacidades (OMS, 1980 c), Clasificación de Procedimientos en Medicina (OMS, 1978 c) y de Transtornos Mentales (OMS, 1980 d).

La CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) es una de las clasificaciones más usadas internacionalmente, creada por la OMS y utilizada por todos sus países miembros.

En 1853, durante la Iª Conferencia Internacional de Estadística, se creyó conveniente la creación de

una Clasificación Internacional de Enfermedades.

Diseñada originalmente esta clasificación para estadísticas de mortalidad, a partir de la Sexta Revisión la cobertura de la clasificación se hizo extensiva a la morbilidad.

Posteriormente se demostró que la clasificación era útil para los índices de diagnósticos de los hospitales especialmente si se adaptaba por medio de algunas subdivisiones.

En la Novena Revisión de la CIE se incluyen mecanismos destinados a mejorar su adaptabilidad para uso en estadísticas destinadas a la evolución de la atención médica.

Es una clasificación que se revisa para su puesta al día cada diez años.

La CIE Novena Revisión, entró en vigor en 1979, y consta de dos volúmenes:

- Clasificación propiamente dicha, en forma de una lista tabulada de 3 y 4 dígitos.

- El segundo volumen es un índice, por orden alfabético, de todos los términos de la clasificación.

Está dividida en 17 capítulos, que abarcan desde las Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, Tumores,.... hasta las Lesiones Traumáticas.

El sistema de codificación de la CIE se basa en tres dígitos (000 al 999), a veces, se pone en funcionamiento un cuarto dígito, que es una subdivisión del tercero, y sirve para dar una mayor especificidad.

La conferencia acordó que a esta Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades se le añadiesen una serie de anexos o suplementos y se le hicieran unas adaptaciones para el uso de especialistas.

Las recomendaciones que adoptó la Conferencia son las siguientes, respecto a:

- La Clasificación de Procedimientos Médicos.

En esta clasificación se incluyen procedimientos terapéuticos, diagnósticos y profilácticos, incluyendo

los de cirugía, radiología, laboratorio y otros. La conferencia recomendó que las clasificaciones provisionales para los procedimientos médicos se publique como suplemento y no como parte integrante de la Novena Revisión de la CIE.

- La Clasificación de Defectos e Incapacidades.

Que esta clasificación de defectos e incapacidades se publique a modo de ensayo como suplemento y no como parte integrante de la Novena Revisión de la CIE.

- Adaptaciones de la CIE para uso de los especialistas.

La Conferencia tomó nota de las tres adaptaciones de la CIE que habían sido diseñadas para el uso de los especialistas (CIE-0). Se produjeron otras dos adaptaciones, una para odontología y estomatología y otra para oftalmología. En ellas hay un pequeño folleto con todas las afecciones de interés para el especialista, seleccionadas de todos los capítulos o secciones de la CIE y proporciona mayor detalle mediante el uso de un quinto dígito (OMS, 1979).

No obstante, a pesar de la difusión del uso de la CIE y de las clasificaciones derivadas de la misma, también ha sido evidente su insuficiencia en determinados aspectos, lo que ha ocasionado la necesidad de producir otros instrumentos de carácter general o especializados, más finos, para la indización. Así por ejemplo, pueden citarse:

- Klinischer Diagnosenschlüssel (IMMICH, H., 1966).
- International Classification of Diseases (ICD-9-CM).
- CIATTO. Classification Internationale des Affections et Traitements en Traumatologie et Orthopédie. 2 vols.

En España, la Cátedra de Documentación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, viene desarrollando una amplia labor en este terreno desde hace años. Entre sus aportaciones cabe citar:

CABO FRANCH, J.L. (1981): Thesaurus de términos anestesiólogos, Nomenclatura y Codificación. Valencia, Universidad de Valencia. Tesis de Licenciatura.

ALONSO GORREA, M. (1980): Nomenclatura de términos endoscópicos vesicales. Thesaurus, codificación y glosario. Valencia. Universidad de Valencia. Tesis de Licenciatura.

LAIRO AGUSTI, M. (1986): Nomenclatura de términos odontostomatológicos en castellano. Clasificación y codificación. Valencia. Universidad de Valencia. Tesis de Licenciatura.

#### c.- Índice de médicos.

Es un registro de pacientes, organizado con tarjetas, donde se anotan todos los pacientes tratados por un mismo médico. En los hospitales donde un mismo paciente es tratado por varios médicos este índice no es útil (American Hospital Association, 1972).

Es propósito de este índice la localización fácil y rápida de todas las historias clínicas de los pacientes tratados por un médicos en particular. Constituye un registro confidencial al que sólo tiene acceso el director del centro, el comité de auditoria médica, o el propio interesado. Para mantener su reserva el nombre del médico puede ser codificado. (FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F., 1973).

#### 4.1.1.2. Recuperación de datos.

Para la recuperación de datos hay que tener en cuenta que sólo podrán ser recuperados aquellos que previamente se ha previsto recuperar, por ello diferentes organismos y autores han realizado propuestas de datos mínimos básicos a recoger de todas y cada una de las historias de los pacientes tanto hospitalarios como ambu-

latorios, así:

- La O.M.S. (1969) recomienda un conjunto de datos básicos, con fines estadísticos, que deben obtenerse a partir de la historia de cada paciente (13 datos).
- La American Medical Record Association (1974) recomienda igualmente una serie de datos básicos mínimos de pacientes hospitalarios (12 datos).
- ROGER, F.H. (1982) recomienda igualmente una serie de datos básicos mínimos para las estadísticas hospitalarias en la CEE (15 datos).

El contenido de estas propuestas consiste en las clases de datos que se enumeran a continuación:

La propuesta realizada por el grupo de trabajo de la OMS (1969) recoge los siguientes items:

- Apellidos y nombre del paciente
- Número de historia clínica
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Fechas de admisión y alta



- Estado del paciente en el momento del alta
  - Destino del paciente
  - Diagnóstico principal
  - Otros datos deseables:
    - . Otros diagnósticos
    - . Operaciones quirúrgicas
    - . Causa de muerte
    - . Estado civil
    - . Diagnóstico de admisión
- Por otra parte la American Medical Record Association (1974), para pacientes hospitalarios propone:
- Identificación del paciente
  - Fecha de nacimiento
  - Sexo
  - Raza
  - Residencia
  - Identificación hospital
  - Fecha de admisión y alta
  - Nombre del médico o médicos que lo trataron
  - Diagnóstico: principal y otros
  - Procedimientos diagnósticos y fecha
  - Estado del paciente en el momento del alta
  - Forma de pago

Mientras que para pacientes ambulatorios, recogiendo las conclusiones de la conferencia de Chicago (1972) propone:

- Identificación permanente

- . Identificación personal
- . Lugar de residencia
- . Fecha de nacimiento
- . Estado civil
- . Sexo
- . Raza

- Datos a recoger en cada visita

- . Identificación del centro (hospital, escuela, etc)
- . Identificación del estomatólogo
- . Identificación de la persona
- . Forma de pago
- . Fecha de la visita
- . Motivo de la consulta
- . Denominación del problema (clasificación del ICD-DA)
- . Exploraciones realizadas
- . Tratamientos realizados
- . Situación final del paciente

Recientemente como resultado de un encargo de la comisión de trabajo sobre Documentación e Información en Ciencia y Tecnología de la C.E.E., ROGER, F.H. (1982) ha realizado una propuesta del Conjunto de datos básicos mínimos, que es el resultado de una encuesta entre los países de la C.E.E. Los objetivos de la propuesta son garantizar un estándar mínimo comparable en Europa. El conjunto de datos propuesto por este documentalista belga está compuesto por:

- Identificación hospitalaria
- Número de historia clínica
- Sexo
- Edad (fecha de nacimiento)
- Estado civil
- Dirección
- Fecha de admisión
- Duración de la estancia
- Estado en la fecha de alta
- Diagnóstico principal
- Otros diagnósticos
- Tratamiento quirúrgico y ginecológico
- Otros tratamientos significativos

Además de estos 13 datos pueden añadirse otros como:

- Identificación del Servicio o Unidad.
- Motivo de la consulta.

Para la obtención de los indicadores estadísticos nos remitimos al capítulo INFORMACIÓN ESTADÍSTICA,

#### 4.1.2. El documento primario: la historia clínica.

La historia clínica es el documento primario para el Sistema de Recuperación de la Información Clínica.

Para PERIS, R. (1974) la historia clínica existe en función de la necesidad de preservar una información tanto para su uso inmediato asistencial, como para la acumulación de experiencia y la producción de conocimientos sobre la enfermedad y la asistencia.

Las funciones de la historia clínica son:

- Instrumento primariamente asistencial, alberga la información concerniente al paciente.
- Es el protocolo de la futura investigación retrospectiva, y base de la investigación epidemiológica.

- Es la piedra angular de todo sistema de información por lo que a administración, evaluación y planificación sanitaria respecta.

a.- La historia clínica integrada.

Todos los autores coinciden en una integración de los documentos primarios del paciente. Así, PERIS, R. (1974), expone que la historia clínica ha de ser personal, integrada y acumulativa.

La necesidad de mantener una historia clínica única hospitalaria por paciente no es, ni mucho menos nueva. El Pennsylvania Hospital conserva sus historias clínicas desde 1803.

En 1927, STONE defendía la historia clínica única por paciente como el medio indispensable para poder proporcionar en cada momentos toda la información necesaria, para el cuidado del paciente o la revisión del caso y, al mismo tiempo, la centralización de índices, para facilitar la recuperación de los materiales (BARROWMAN, R.P., 1970).

Se deben recoger todos los documentos en una misma carpeta y no en carpetas separadas (BENJAMIN, F.H., 1977).

En la actualidad, la necesidad de una historia hospitalaria única por paciente está ampliamente aceptada. Así consta en los Informes TUNBRIDGE (1965), WALKER (1970) y American Hospital Association (1972).

Para la identificación del paciente se utilizará una historia clínica única por paciente que lo diferencie del resto. (American Medical Record Association, 1974).

Por su parte la O.M.S. (1969) considera que el mantenimiento de historias clínicas en distintos departamentos del hospital redundan en:

- Un deficiente intercambio de información entre ellos.
- Una duplicidad innecesaria de trabajo.
- Grandes dificultades para la comparación de resultados incluso dentro de una misma especialidad.

b.- Normalización de la historia clínica.

Un aspecto importante dentro del S.R.I. es la normalización de la historia clínica. Para HOPPER, E. I. (1972) la normalización de la historia clínica tiene como misión permitir la constitución física de una colección documental única que recoge información procedente de diferentes servicios o instituciones, facilita la toma de datos y la consulta de la historia, mejora el aspecto de la misma y disminuye los costes de imprenta.

Varios informes de trascendencia internacional recomiendan la normalización de las historias clínicas, por ejemplo:

- El Informe TUNBRIDGE (1965).

Recomienda la normalización de los modelos de historia clínica, utilizando formatos Din A4 internacionales. Igualmente aconseja una ordenación estándar para la inclusión de cada uno de los documentos dentro de la historia. Asimismo, recalca la necesidad de uniformar la titulación de los documentos y de estandarizar la identificación del paciente.

- La O.M.S. (1969 y 1980 b)

Recomienda la necesidad de adoptar una serie de formatos estandar , siempre que sea posible.

- El Informe WALKER (1970).

Recomienda una estandarización mínima de los documentos primarios que se canaliza hacia:

- . Carpeta uniforme
- . Tamaño de los documentos Din A4
- . Titulación e identificación del paciente también uniforme.

- La American Hospital Association (1972).

Aconseja unas normas para los formatos de las historias clínicas, expresa que las hojas que componen el documento deben tener unas medidas estandarizadas, pero además expresa claramente los márgenes que deben existir por ambos lados para poder encuadernar el documento primario. Incluso da normas sobre la calidad del papel a utilizar dependiendo de la vida que se le piense dar a la historia.



- DIXON, R.A. (1972)

Concluye que se tiende hacia una estandarización de los documentos, pero con una cierta flexibilidad ya que una normalización excesivamente rígida puede llevar a dificultar la toma de datos no previstos.

- BENJAMIN, F.H. (1977)

También recomienda la estandarización de los documentos que componen la historia clínica y aconseja la utilización de formatos Din A4.

c.- La conservación de la historia clínica.

Otro aspecto importante en el Sistema de Recuperación de Información (S.R.I.) es la conservación de las historias clínicas. Nos podemos preguntar ¿hasta cuando se debe mantener viva una historia clínica?. Las historias clínicas son documentos que han de permanecer abiertos constantemente, ya que han de estar disponibles en el menor tiempo posible para poder ser utilizada con fines de investigación. Al ser documentos abiertos pueden ir aumentando de volumen y llegar a crear problemas de espa-

cio en los archivos. Una primera respuesta a esta pregunta sería, la historia permanecerá viva y abierta durante toda la vida del sujeto. Pero algunas instituciones e incluso algunos autores defienden la conservación indefinida de las historias clínicas, prueba de ello son los archivos del Pennsylvania Hospital que conserva todas sus historias desde 1821. También BEEBY, E.M. (1970) y FERRIS, J.A. (1974) opinan que las historias se deben conservar indefinidamente.

Pero el continuo aumento del número de registros dará lugar como ya hemos apuntado anteriormente, a la falta de espacio para la ubicación de nuevas historias.

Para evitarlo es necesario adoptar una serie de medidas:

- Eliminar el material más antiguo o menos significativo. Este primer punto está relacionado directamente con el tiempo que deben conservarse las historias, completas o sólo parte de ellas, así como con la forma de almacenamiento.

- La Asociación Americana de Hospitales (1960) dice que las historias clínicas se deben conservar durante un tiempo de 25 años a partir de la fecha en que se dió de alta al paciente o en que falleció.
  
- El Informe TUNBRIDGE (1965) habla de conservar los documentos hasta los 20 años, seleccionando a partir de los 6 años aquellos documentos de significación, los cuales deben resumir la información de valor y el resto se destruye a partir de los 6 años.
  
- La O.M.S., considera al igual que el informe TUNBRIDGE, la destrucción selectiva de los documentos.
  
- El informe WALKER (1970) recomienda la conservación de toda la documentación durante un período de 25 años al igual que lo hace la American Hospital Association (1972).

Para SZPIRGLAS, H. et al. (1976 b) el microfilm a la hora de la recogida de datos no representa ninguna discriminación en los elementos de recogida.

BENJAMIN, B. (1977 d) recomienda el archivo de las historias clínicas durante un período de 20 años.

Una forma de reducir los archivos consistiría en:

- Remitir las historias a archivos inactivos.
- Archivo de historias clínicas en forma de micropelícula (FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F.,1973) ( BENJAMIN, B. 1977).
- Vídeo conectado a terminal de computador (BENJAMIN, B. 1977).
- También opina igual en la reducción de los archivos de historias clínicas la American Hospital Association (1972).

La decisión entre enviar las historias clínicas a archivos inactivos o llevarlas a microfilms o a pantalla de computador dependerá de los medios técnicos y humanos disponibles y de la dotación económica de la institución de que se trate; pero siempre se prefiere una de estas soluciones a tener que llegar a la destrucción de las historias antiguas. (LEWIS, C.A., 1971).

d.- La estructura de la historia clínica.

Por lo que respecta a la estructura de la historia clínica, como han puesto en evidencia varios de los autores citados (PERIS, R. et al, 1976 ; PERIS, R. et al, 1977 y TERRADA, M.L. y PERIS, R. 1982), la aportación más significativa en nuestros días, la constituye el modelo de historia clínica orientada por problemas propuesto por Lawrence Weed a finales de la década de los 60.

4.1.3. La memoria pasiva: numeración y archivado de la historia clínica.

La numeración de las historias clínicas para su archivo constituye un aspecto fundamental.

Hay varios métodos de numeración utilizados habitualmente por los hospitales para la asignación de un número al paciente:

- Sistema de numeración correlativa.

Consiste en asignar un número a cada paciente por cada admisión, sin tener en cuenta admisiones anteriores. Por tanto las historias clínicas de un mismo paciente están separadas en los archivos y no tienen relación entre sí. (FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F., 1973).

- Sistema de correlación única.

Consiste en ordenar juntas todas las historias clínicas de un mismo paciente, asignando a la historia el número que le correspondió a su último ingreso. Así se obtiene un sistema de historia clínica único. En

el lugar de donde se retiran las historias antiguas se deja una guía con el nuevo número de historia. (FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F.,1973).

- Sistema de numeración única.

Consiste en asignar un número único a cada historia clínica en el momento de ser admitido por primera vez y toda la documentación originada en admisiones posteriores quedará archivada bajo el número asignado la primera vez. Es el sistema más recomendado.

- Sistema de numeración anual de historias clínicas.

Se comienza una nueva numeración de las historias clínicas cada año, apareciendo los dos primeros dígitos como los correspondientes al año en cuestión, una barra y a continuación el número correspondiente a la historia. La finalidad es obtener de los registros el número de admisiones anuales. Este sistema ocasiona numerosos problemas (A.H.A.,1972 y BENJAMIN, B.,1977).

- Sistema de numeración con dígitos de la S.S.

En la historia se aplica el mismo número que corresponde al paciente en la Seguridad Social, en el caso de que el paciente no tenga cobertura por la S.S. se le asignará un pseudonúmero (American Hospital Association, 1972).

- Sistema de numeración de historias clínicas por fecha de nacimiento.

Son 6 dígitos ordenados primero los dos últimos dígitos del año, luego dos dígitos del mes y a continuación dos dígitos del día. Cuando coinciden varios pacientes con la misma fecha de nacimiento se ordenan por orden alfabético. Se usa con éxito en los países nórdicos (BENJAMIN, B., 1977).

- Sistema de numeración única a nivel nacional o regional.

En Dinamarca existe un número nacional para identificar directamente a cada paciente (ROGER, F.H., 1982).



- Podemos citar igualmente el Midland Personal Number propuesto por HOGBEN y GROSS en 1948, el número personal utilizado en Alemania y los de Noruega y Dinamarca entre otros, citados por ACHESON, E.D. (1967).

- Otro método de archivo de las historias clínicas es el archivo por orden alfabético:

- . No necesita ser soportado por un índice general de pacientes.
- . Se puede usar en hospitales pequeños y centros de salud. En los grandes hospitales no se usa por falta de elasticidad.
- . No necesita una constante revisión para prevenir la duplicación de las historias clínicas (BENJAMIN, B. 1977).

El sistema más recomendable para el archivo de historias clínicas es el numérico y dentro del sistema numérico es más conveniente asignar a cada paciente un número individual y único. Hay una serie de autores que coinciden en esto, y son: American Hospital Association, 1972 ; FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F., 1973 ; BENJAMIN, B. 1977 ; O.M.S., 1980 b y ROGER, F.H., 1982.

Una vez conocidos los sistemas de archivo de las historias clínicas, por orden numérico y por orden alfabético, pasamos a describir los tipos de archivos, equipos y materiales utilizados para tal fin.

Los archivos los podemos clasificar según FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F. (1973) y BENJAMIN, B. (1977) en:

- 1.- Centralizados.
- 2.- Descentralizados.

Los archivos CENTRALIZADOS implican el almacenamiento de toda la documentación en un área determinada.

Ventajas:

- Evita duplicaciones y permite integrar la información de los distintos sectores.
- Unifica la documentación de un mismo individuo.
- Disminuye costos y ahorra espacios.
- Mejor entrenamiento y supervisión del personal, de esta forma la presentación y manejo del material se facilita notablemente.

**Desventajas:**

- Requieren un programa muy ajustado de retención y disposición de las historias clínicas con remisión periódica de las historias inactivas a otros sectores de archivo, menos costosos.
- Se necesita disponer de una superficie lo suficientemente grande y de fácil acceso desde los diferentes sectores de la institución.

En los archivos DESCENTRALIZADOS las historias clínicas se archivan por separado según el Servicio donde fué asistido el paciente no habiendo generalmente una relación entre ellos. Cuando un paciente es tratado por más de un Servicio en el hospital, cada uno confeccionará una historia, que quedará archivada en el mismo Servicio. De esta forma la información acerca del paciente está fragmentada y dispersa.

**Ventajas:**

- Los registros se encuentran disponibles en el lugar de origen, lo que facilita su consulta.

- Favorece la reserva de la información contenida en ella y resulta más fácil averiguar la responsabilidad de su custodia y manejo a un número reducido de personas.

Desventajas:

- No permiten que, en un momento dado, pueda disponerse fácilmente de toda la información referente a un paciente.
- Hay una duplicación de historias clínicas, lo que encarece el sistema.

En cuanto a los equipos y material utilizados para el archivado de las historias clínicas hay una amplia coincidencia entre los diferentes autores como: FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F. (1973) ; American Hospital Association, (1973) ; BENJAMIN, B. (1977) ; HUFFMAN, E.K. (1970) y O.M.S. (1980 b).

Recogemos por su precisión la recomendación de BENJAMIN, B. (1977), este autor dice que el mejor tipo de almacenaje y archivo de historias clínicas son las estanterías, y éstas deben reunir las siguientes características:

- a.- La estantería más baja debe estar entre los 10 y 12cm. del suelo.
- b.- La estantería más alta no debe exceder entre los 150 cm de altura.
- c.- Debe existir un espacio entre la parte superior de la historia y la estantería superior que debe ser de 2,5 a 5 cm.
- d.- No deben quedar ángulos muertos al final de cada estantería.

5

MODELO DE HISTORIA CLINICA ORIENTADA  
POR PROBLEMAS. (H.C.O.P.).

En el prólogo de la obra de WEED (1969) Medical Record, Medical Education and Patient Care, el autor define sus objetivos de la siguiente forma:

"La historia clínica debe ser útil al médico con experiencia y también comprensible para el ayudante; debe servir al estudiante y no frustrar al médico práctico; debe ser adaptable al tratamiento automático, pero no requerirlo; debe dejar libertad de expresión al médico más sensible y experto, y, al mismo tiempo, debe establecer una forma y un orden para prevenir un grado de personalismo en el que la subjetividad dificulte la comunicación. La historia clínica debe de servir al paciente tanto como al médico; para ello deben ser igualmente inteligibles para todos los médicos... debe reflejar honesta y claramente las muchas variables que rodean cada decisión (clínica)... debe ser la extensión natural de la formación científica básica de un médico; brevemente debe ser un manuscrito científico".

El modelo de historia clínica propuesto por WEED no se limita únicamente al formato documental, sino que está compuesto de cuatro componentes fundamentales: objetivos asistenciales, HCOP, control de calidad y educación continuada (WEED, L., 1969 ; PERIS, R. et al., 1976 ; TERRADA, M.L. y PERIS, R., 1982 y GARCIA, S. et al., 1985).

A continuación vamos a exponer una síntesis de las principales características del modelo WEED y su aplicación a la Estomatología. Para ello nos basamos en una revisión de las normas y experiencias expuestas por los principales autores en la materia. Entre ellos: WEED, L.L. (1969) ; CROSS, M.D. (1970) ; HURST, J.W. (1971) ; WEED, L.L. (1971) ; CANTRILL, S.V. (1972) ; DAVIES, H. (1972) ; DIXON, R.A. (1972) HURST, J.W. y WALKER (1972) ; MILHOUS, R.L. (1972) ; PECK, R.L. (1972) PHILLIPS, D.F. (1972) ; SCHELL, P. y CAMPBELL, A. (1972) SCHULTZ, J.R. , CANTRILL, S.V. y MORGAN, K.G. (1972) ; BROWN, D.W. y MORGAN J.V. (1973) ; FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F. (1973) ; SAITZ, E.W. y RATHRYN, H.L. (1973) TAIT, I. et al. (1973) ; WALKER, H.K. ; KURST, I.W. y WOODY, M.F. (1973) ; ADAMSON, E. (1974) ; DINSDALE, S.M. et al. (1974) ; Mc LEAN, P.D. et al. (1974) ; INGBER, J. S. y ROSE, L.F. (1975) ; CURTIS, M.R. (1976) ; MONSON,



R.A. (1976) ; SWITZ, D.M. (1976) ; TRYON, A.F. ; MANN, W. y DE JONG, N. (1976) ; GRIMM, W.D. et al. (1978) ; CANTRILL, S.V. (1979) ; MARGOLIS, C.Z. (1979) ; MARGOLIS, C.Z. ; NEWBORN, J.L. y SHEEMAN, T.J. (1979) ; PETRIE, J.C. y Mc INTYRE, N. (1979) ; SORIANO, J. et al. (1981) ; ALEXANDER, W.N. y NYSTROM, G.P. (1983) ; ALEXANDER, W.N. (1983) ; BROWN, J.C. (1983) ; FLEMING, J. (1983) ; HODGSON, J.M. (1983) ; NYSTROM, G. y GRUPE, H. E. (1983) ; O`CARROL, K. (1983) ; ROBINSON, G. (1983) ; TRYON, A.F. (1983) ; TRYON, A.F. y ALEXANDER, W.N. (1983) y GARCIA, S. et al. (1985). Y así como también tendremos muy en cuenta las experiencias en España, particularmente desarrolladas en el CEDIB y el Hospital Clínico Universitario por PERIS, R. et al (1976) ; PERIS, R. et al (1977) y TERRADA, M.L. y PERIS, R. (1982).

5. 1. LA REPERCUSION DE LA HISTORIA CLINICA ORIENTADA  
POR PROBLEMAS.

En un estudio bibliométrico realizado en 1975, y posteriormente ampliado hasta 1979, y publicados sus resultados por PERIS, R. et al. (1975) y TERRADA, M.L. y PERIS, R. (1982) se ha visto que el modelo de historia clínica propuesto por WEED ha tenido una importante repercusión que se refleja en el gran número de trabajos publicados que ha motivado.

Según describen los mencionados autores, a través del Index Medicus y del Science Citation Index, se recuperaron un total de 295 artículos a partir del año 1969, fecha en que apareció el libro de WEED, Medical Record, Medical Education and Patient Care.

El Index Medicus proporcionó 111 referencias y el Science Citation Index 223, apareciendo indizadas simultáneamente en ambos repertorios solamente 39 publicaciones.

Los artículos sobre la H.C.O.P. habían aparecido en un total de 115 revistas correspondientes a 14 países.

La repercusión del modelo WEED estaba centrada en los Estados Unidos con un 77,28% de los artículos publicados y en los países de lengua inglesa con un 93,90%. La mitad de dichos trabajos se publicaron en revistas especializadas de diversos campos, como la psiquiatría, la documentación e información médica, la medicina social, la educación médica, la enfermería, la farmacología, la rehabilitación y la pediatría; y el resto se habían publicado en revistas médicas generales o consagradas a la medicina interna (53,90%).

Aplicando la ley de dispersión de BRADFORD para la literatura científica, habitualmente utilizada en bibliometría, las tres revistas que constituían el núcleo de publicaciones eran New England Journal of Medicine con 29 artículos, Annals of Internal Medicine con 16 artículos y JAMA con 16 artículos. La segunda estaba integrada por British Medical Journal con 12 artículos, Journal of Medical Education con 11 artículos, etc.

Los trabajos, anónimos aparte, estaban firmados por 254 autores diferentes, encabezados por HURST, J.W. con 7 trabajos, FEINSTEIN, MATHER y WEED con 4 trabajos cada uno y GILANDAS, GLENHILL, HAIL y MARGOLIS con 3 publicaciones cada uno.

En el período desde 1977 hasta 1979 los trabajos publicados ascendían a 172, con 42 solapamientos. Los resultados se resumen así, en número de publicaciones, primero Estados Unidos seguido de Gran Bretaña que aumentó su número con respecto al estudio anterior, a continuación la URSS, seguida de Dinamarca y Japón, por delante de Francia, Suecia y Canadá.

Los trabajos se concentraban fundamentalmente en revistas de diferente orientación, como Journal of Family Practice, que ocupa el primer lugar.

Por otra parte, los congresos 7º y 8º de la Internacional Federation of Health Records Organizations revela una preponderancia indiscutible de la H.C.O.P. en dicho contexto.

El uso en hospitales universitarios y su enseñanza no se hizo esperar. Una encuesta realizada en Estados Unidos en 1972 en 101 escuelas de medicina reveló que en el 83% usaban o enseñaban la H.C.O.P.; y en Gran Bretaña han sido también los hospitales universitarios la puerta de entrada.

En España, existen publicaciones que atestiguan la instauración de la H.C.O.P. en varios hospitales entre los que citamos el Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia (PERIS, R. et al. 1976), en Cuidados Intensivos Pediátricos de la Ciudad Sanitaria "La Paz" de Madrid (GARCIA, S. et al., 1985), así como en asistencia primaria (SORIANO, J. et al., 1981).

Para INGBER, J.S. y ROSE, L.F. (1975 b): "A fin de funcionar en grupo se debe establecer un sistema de comunicación entre los miembros del equipo, para que el dentista pueda organizar, asignar, dirigir y evaluar el equipo, mientras le da una buena asistencia a sus pacientes. La H.C.O.P. es el vehículo de comunicación dentro del sistema".

#### 5.1.1.- La H.C.O.P. en odonto-estomatología.

El uso de la H.C.O.P. ha crecido (se ha desarrollado en la medicina) y se ha expresado interés en el uso potencial en la educación y cuidado dental del paciente (TRYON, A.F. ; MANN, W. y DE JONG, M., 1976).

El registro y los sistemas de H.C.O.P. de WEED se están adaptando en odontología, aunque aún esté en etapa de prueba este sistema ha demostrado tener muchas más ventajas que otros sistemas de registros y es inestimable como instrumento de educación (TRYON, A.F. ; MANN, W. y DE JONG, N.,1976).

Además se pueden utilizar ordenadores para el tratamiento automatizado y obtener información de estos registros dentales (WEED, L.L.,1969 ; TRYON, A. F. ; MANN, W. y DE JONG, N.,1976 ; GRIMM, W.D. et al., 1978 y CANTRILL, S.V.,1979).

En 1974, la H.C.O.P. se puso en funcionamiento en el Hospital Dental de Pensylvania, durante un año, lo que llevó a la solución de muchos de los problemas existentes en la enseñanza y asistencia dental (INGBER, J.S. y ROSE,L.F.,1975 a).

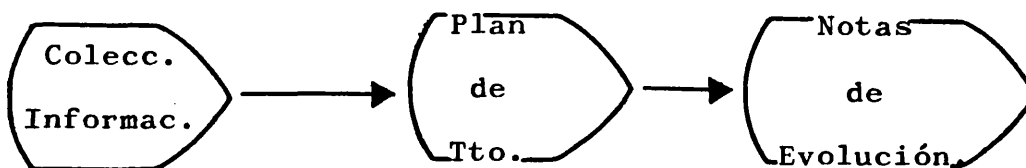
## 5.2. LA ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA POR PROBLEMAS. (H.C.O.P.).

Ya hemos visto en el punto 5.1. cual ha sido el impacto de la historia clínica orientada por problemas. Pasaremos a continuación a conocer cual sería la forma más idónea de organizar la historia clínica tradicional (H.C.T.) y cómo se hace la organización de la historia clínica según WEED (modelo WEED).

Una vez vista cada una de las partes de que consta la historia clínica orientada por problemas de forma general, hacemos unas especificaciones que pueden presentarse en Estomatología.

Las historias clínicas tradicionales médicas y dentales se componen generalmente de una colección de información despreocupada y sin estructuras que se convierte indirectamente en un plan de tratamiento a ser registrado en la tabla del paciente. Este tipo de sistema de registros consta de tres partes, la información base, un plan de tratamiento y unas notas de evolución.

Los pacientes tratados bajo este sistema son categorizados de acuerdo con un modo particular de terapia o especialidad dental y registros de este carácter pueden referirse como "orientados por tratamiento" (INGER, J.S. y ROSE, L.F., 1975 a).



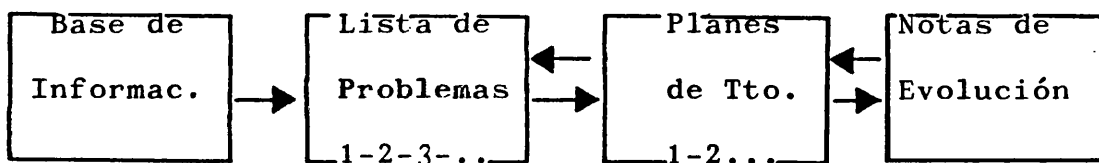
#### Historia clínica orientada por tratamiento.

Este enfoque se utiliza en la mayoría de escuelas dentales, hospitales y prácticas privadas. La experiencia ha demostrado ser inefectivo si más de un clínico es responsable para un paciente. El resultado final es un fallo en la comunicación y pérdida de continuidad de asistencia al paciente (TRYON, A.F. ; MANN, W. y DE JONG, N. 1976 y TRYON, A.F., 1983 a).



Un enfoque más racional sería categorizar al paciente según un problema o diagnóstico particular. Parece que falte un eslabón entre la base de información y el propuesto plan de tratamiento. Este eslabón es una interpretación analítica de los resultados de la inspección y una declaración de los resultados en términos de problemas reconocibles. El primer paso en cualquier proceso lógico de conceptos es examinar los hechos y definir el problema antes de considerar una solución. Por muy elemental que parezca, es este proceso de conceptos lo que es la base para el sistema de historia clínica orientada por problemas (INGBER, J.S. y ROSE, L.F., 1975 b).

Las historias clínicas orientadas por problemas constan de una información base o datos iniciales, una lista numerada de problemas, unos planes de tratamiento correspondientes a cada problema, y por último, de unas notas de evolución numeradas y tituladas (WEED, L.L., 1969 ; INGBER, J.S. y ROSE, L.F. ; MANN, W. y DE JONG, N., 1976 y TRYON, A.F., 1983 a).



### Historia clínica orientada por problemas.

- En la BASE DE INFORMACION O DATOS INICIALES se incluyen la anamnesis, la exploración clínica inmediata, datos de laboratorio y de radiología, antecedentes y el llamado perfil del paciente (TRYON, A.F., 1983 a).

El "perfil del paciente", también denominado "Historia social" incluye datos acerca de las actividades del paciente en un día cualquiera, su ocupación y cuestiones financieras o familiares pertinentes. (MONSON, R.A., 1976).

La estructura de esta base de datos puede ser libre, o bien, conformada como un cuestionario con una serie de preguntas obligadas. Cuando la estructura es conformada podría aumentar el rendimiento en cuanto a la identificación de problemas (GARCIA, S. et al. 1985).

Aunque existen elementos de esta base de datos que se mantienen siempre como un formato libre, es el caso de la anamnesis (TERRADA, M.L. y PERIS, R. 1982).

Concretando en la estructura de la Base de Información o Datos Iniciales de la H.C.O.P. para odontología vemos que está formada por (TRYON, A.F. y ALEXANDER, W.N., 1983 b):

- Información demográfica y social del paciente
  - Enfermedad principal o motivo de la consulta
  - Historial dental actual y anterior
  - Historial médico actual y anterior
  - Examen regional de cabeza y cuello
  - Examen dental (Odontogramas)
  - Análisis de laboratorio y radiología
  - Consentimiento de tratamiento
- Una vez recogidos los DATOS INICIALES pertinentes se pasa a la confección de una LISTA DE PROBLEMAS.

Consiste en un listado de todos y cada uno de los problemas concernientes a un mismo paciente, obtenidos de los datos iniciales o base de información. Este listado debe ser abierto, es decir, que en cualquier momento podamos añadir nuevos problemas o modificar los ya existentes. Debe estar situado encabezando nuestra historia clínica.

Cada problema recibe un "número de problema" dependiendo del orden de introducción en el listado e independiente de su importancia. Este "número de problema" no debe cambiarse nunca porque identifica durante toda la evolución al mismo problema. A continuación del "número problema" colocamos el "enunciado del problema". Cada problema debe acompañarse de una fecha de introducción y de una fecha de cierre dentro de la LISTA DE PROBLEMAS.

Definimos el concepto de "problema" como toda desviación de lo normal que ha contribuido, contribuye o puede contribuir a alterar el estado de salud del paciente (PERIS, R. et al.,1977).

Los problemas pueden ser diagnósticos, situaciones fisiopatológicas, signos, síntomas, situaciones sociales, psicológicas o ambientales, un tratamiento especial, etc. (DINSDALE, S.M. et al.,1974 ; NELSON, .,1975 ; MONSON, R.A.,1976 ; TERRADA, M.L. y PERIS, R.,1982 y GARCIA, S. et al. 1985).

Nunca deben enunciarse los problemas como "sospecha de" "a descartar", "probable", porque estos

enunciados predisponen los criterios de terceras personas (MONSON, R.A.,1976 y GARCIA, S. et al. 1985).

El listado de una buena LISTA DE PROBLEMAS es un paso fundamental para el buen funcionamiento de la H.C.O.P.

Cuando en la lista de problemas queremos hacer un cambio de denominación del problema podemos optar por introducir unas "claves" en la lista en donde indicamos el cambio de denominación de un problema (GARCIA, S. et al.,1985), o bien, podemos introducir un apartado de "situación del problema" en donde introducimos un diagnóstico ya certero, cerrando el problema (fecha de cierre) y creando un nuevo problema con un "número de problema" nuevo y un "enunciado" nuevo (TRYON, A.F.,1983 b).

Cuando la LISTA DE PROBLEMAS es de una H.C.O.P. dental, para INGBER y ROSE (1975 a y b), la asignación del "número de problema" es debido a:

- Las prioridades de tratamiento, o "número de problema" se asigna de acuerdo con factores tales como la

relación del problema con la salud del paciente, su efecto sobre dientes individuales, por el dolor, etc..

- El problema principal se registrará en primer lugar para asegurar su atención inmediata (INGBER, I.S. y ROSE, L.F.,1975 a,b, y TRYON, A.F. ; MANN, W. y DE JONG, N.,1976).

Lo que difiere totalmente de las opiniones de los autores citados anteriormente que sólo han trabajado con la H.C.O.P. en general y no para estomatología.

- Una vez terminada la lista de problemas pasamos a confeccionar los PLANES DE TRATAMIENTO en los que se anotan todos los razonamientos que justifican una determinada actitud diagnóstica o terapéutica. De esta forma se fijan unas metas a alcanzar respecto a cada problema del paciente; aspecto éste que forma parte esencial del proceso de resolución de problemas (PERIS, R.,1976 ; TERRADA, M.L. y PERIS, R.,1982 y GARCIA, S. at al. 1985).

Los planes de tratamiento están divididos en dos secciones, en la HCOP para odonto-estomatología:

- Planes iniciales
- Planes integrados

(INGBER, J.S. y ROSE, L.F., 1975 a,b y TRYON, A.F. ; MANN, W. y DE JONG, N., 1976).

#### Planes Iniciales.

Los planes iniciales contienen una descripción de las alternativas de tratamiento para resolver cada problema. El conjunto completo de los planes iniciales contiene el objetivo general del programa de tratamiento.

El objetivo principal de los planes iniciales es dar al paciente información suficiente para que comprenda, de su consentimiento a los servicios que se le han recomendado.

#### Planes Integrados.

Los planes integrados contienen la línea guía para solucionar el problema, y una lista de problemas, procedimientos y honorarios detallada.

Los planes integrados permiten al estudiante, instructor y paciente decir rápidamente cuantas visitas serán necesarias, que tratamiento se realizará en cada visita y los honorarios de cada servicio.

Es aconsejable ordenar el plan integrado de forma que los pasos de la resolución del problema sean lógicos y apropiados.

En ocasiones es necesario desviarse de los planes integrados debido al cambio de algunas condiciones. Aunque deben seguirse los planes con exactitud.

En la historia clínica orientada por problemas para estomatología tiene un mayor protagonismo los Planes Integrados, ya que en estos se planifica las visitas a realizar por el paciente, el tratamiento a realizar en cada una de las visitas, y los honorarios generados en cada una de las visitas.

Al planificar cada una de las visitas explicamos al paciente de una forma clara y con un lenguaje que nos pueda comprender cada una de las maniobras o tratamientos a realizar.



- **Notas de progreso o evolución.** Las notas de evolución son la sección más dinámica de la P.O.D.R. (Problem Oriented Dental Record) y contienen una narración de las actividades que resuelven los problemas. Las notas de progreso contienen cuatro secciones incluyendo las impresiones del paciente, una relación de información objetiva relacionada con el problema, la valoración de la situación hecha por el médico y un registro de los procedimientos realizados.

Como ya hemos señalado anteriormente la hoja de evolución se escribe utilizando un formato clásico : el S.O.A.P.

**S:** se refiere a la propia percepción de un problema por el paciente y del progreso que se hace.

**O:** se refiere a la información objetiva disponible de varias fuentes.

**A:** se refiere a juicios diagnósticos, valoraciones, diagnósticos diferenciales, etc.

P: se refiere a un registro de los procesos ejecutados durante cada visita y/o plan para las actividades subsiguientes de resolución de problemas.

Si se está tratando un problema o no se recoge nueva información, entonces sólo se hacen entradas en la sección P. En muchas ocasiones sólo se usa la sección P cuando se aplica el formato S.O.A.P. a la asistencia dental.

Cada día se anotan las incidencias correspondientes a un problema o problemas precedidos del "número de problema" y estructurando el texto para cada problema según los epígrafes indicados (MONSON, R.A., 1976 ; PERIS, R. et al. 1976 ; TERRADA, M.L. y PERIS, R., 1982 y GARCIA, S. et al. 1985).

En este apartado se incorporan los datos de laboratorio, de enfermería, pruebas funcionales, parámetros hemodinámicos, etc.

Por fin, en el INFORME DE ALTA se resume todo lo relativo a cada problema con los datos más relevantes.

Se completa con los diagnósticos de alta y se puede incluir un apartado denominado "problemas pendientes de alta" (PERIS, R. et al. 1976 y GARCIA, S. et al. 1985).

Pueden encontrarse descripciones muy detalladas tanto de la parte práctica como de la parte teórica, en las obras de WEED, L.L. (1969), HURTS, J.W. (1972) , Mc INTYRE, N. ; DAY, R.C. y PEARSON, A.J. (1972) en el campo de la pediatría, la monografía de MARGOLIS, C.Z. (1979), y en el campo de la odontoestomatología la monografía de TRYON, A.F. y ALEXANDRE, W. (1983): The Users Guide to the Problem Oriented Dental Record.

Las VENTAJAS que ofrece la historia clínica orientada por problemas (H.C.O.P.) las podemos resumir en:

- H.C.O.P. y enseñanza: permite seguir los pasos que ha seguido el médico en su raciocinio, lo que facilita al alumno o al médico novel seguir la lógica de las decisiones tomadas (MONSON, R.A., 1976 ; PERIS, R. et al. 1976 y GARCIA, S. et al. 1985).

- H.C.O.P. y la calidad asistencial: la mayor exigencia en la recogida de datos que emplea este sistema, obliga a una mayor atención al paciente (MONSON, R.A., 1976 y PERIS, R. et al. 1976).
  
- H.C.O.P. y automatización: las historias clínicas tradicionales por ser cuestionarios cerrados dificultan grandemente el tratamiento automatizado. En el caso de la H.C.O.P. gracias a su carácter abierto, permite con mucha facilidad la introducción del contenido de la historia en sistemas automatizados (WEED, L.L., 1969 y PERIS, R. et al. 1976; GRIMM, W.D. et al., 1978 y CANTRILL, S.V. 1979).
  
- H.C.O.P. e investigación: la investigación retrospectiva a base de historias clínicas es más sólida, porque podemos estudiar de forma objetiva los planteamientos del médico que realizó la historia clínica (PERIS, R. et al., 1976).

6

LA INFORMACION ESTADISTICA.

Las estadísticas de recursos tienen por fin el estudio de los diferentes medios de que dispone una comunidad, para el mejoramiento de su nivel general de salud.

Entendiendo por recursos no sólo aquellos medios destinados específicamente a fomentar, preservar y reparar la salud (recursos específicos), sino también a aquellos que aunque destinado a lograr otras finalidades como la educación, inciden de manera indirecta en los aspectos de salud (recursos inespecíficos).

Las estadísticas de recursos y servicios permitirán calcular de antemano los servicios que podrán prestarse y conociendo las necesidades de la población que vamos a servir, podrá estimarse el porcentaje de ésta que podrá ser protegida y la concentración de actividades por persona que podrá ser realizada. Sólo a través de esta confrontación entre necesidades y recursos, podrán estos ser asignados racionalmente y podrán fijarse inequívocamente las metas a cumplir (FAYAD CAMEL, 1970). Además, hay que considerar los indicadores de utilización de recursos y servicios.

Además de estas estadísticas de recursos y servicios mencionados, existen otros grupos de estadísticas dentro del sector, estadísticas sobre la población y su estado de salud y estadísticas sobre los factores ambientales que influyen sobre el estado de salud (BROKINGTON, F., 1974) y, desde una perspectiva general, las propias estadísticas vitales (natalidad, nupcialidad, mortalidad,).

La Escuela de Estomatología está más relacionada con las estadísticas o indicadores de recursos y actividades que realiza y problemas de salud atendidos.

SATYA SWAROOP (1964) define una serie de criterios exigibles a los indicadores de actividad, como son:

- 1.- La disponibilidad, lo que significa que los datos deben de poder obtenerse sin investigaciones complejas.
- 2.- Cobertura que establece que el indicador pueda aplicarse en forma similar a todas las estructuras de una región o país.

- 3.- Calidad de los datos, no debe afectarse fácilmente por los defectos de los registros.
- 4.- Simplicidad, que sea de fácil cálculo y acceso a la información.
- 5.- Poder discriminatorio, es la capacidad para diferenciar matices dentro de una gama de discrepancias.
- 6.- Reproducible,
- 7.-Específicos, es decir, a su capacidad de reaccionar sólo ante los cambios que suceden en la característica medida.

Dentro de los indicadores o estadísticas de recursos y actividades a nosotros en particular nos interesan los indicadores de consultas externas, dado que ésta es la clase de actividad asistencial que corresponde a la Escuela de Estomatología.

Siguiendo a FAYAD CAMEL, BARQUIN CALDERON y SONIS, en las consultas externas los recursos están representados: a) Recursos humanos: médico que pasa la consulta, el personal paramédico que le ayuda directa o indirectamente. b) Medios materiales: el instrumental requerido para el examen, diagnóstico y tratamiento de los pacientes, además de las condiciones generales de insta-



lación, locales, etc. Los recursos humanos se expresan generalmente como número de horas-médico contratadas.

La unidad de servicio es la consulta y el rendimiento del recurso se mide por el número de consultas practicadas por cada hora de trabajo del médico u odontólogo.

Las consultas practicadas deben clasificarse de tal manera que permitan conocer el número de pacientes que con determinada enfermedad consultaron por primera vez, o en veces sucesivas, las enfermedades o problemas que los llevaron a consultar al odontólogo y los servicios que han recibido. Sólo así podrá determinarse la demanda para cada una de las especialidades, calcularse el costo de las atenciones prestadas y el rendimiento de los diferentes Servicios. (Ver cuadro nº 6.1.).

Debe tenerse en cuenta que la consulta de odontología o las consultas médicas preventivas difiere en cuanto a sus objetivos inmediatos de otros tipos de actividades, como las consultas externas hospitalarias, etc.

Los cálculos son semejantes, cualquiera que sea la finalidad con que se practique la consulta (prevención, curación, odontológica, etc), siendo la historia clínica, en todos los casos, imprescindible como fuente de datos (FAYAD CAMEL, 1970).

Veamos el cuadro 6.1 en la página siguiente.

CUADRO N° 6.1

CONSULTA EXTERNA: Principales causas de morbilidad por  
grupos de edad, sexo y tipo de consulta.

Tipo de Consulta		0-10		10-20		20-30		30-40	
		V-H		V-H		V-H		V-H	
Caries	Primera								
	Total								
Gingivitis	Primera								
	Total								
Periodontitis	Primera								
	Total								
Dientes Incluidos	Primera								
	Total								
Dolores ATM	Primera								
	Total								
Enf. Parod.	Primera								
	Total								
Otras causas	Primera								
	Total								

V: Varón

H: Hembra

CUADRO N°6.2

INSTRUMENTOS OBSERVADOS: Composición, Actividades,  
Rendimientos y Costos.

RECURSOS (1)	TOTAL Instrumentos		UNIDAD Instrumentos	
	Composición real (2)	Costos (3)	Composición real (4)	Costos (5)
Odontologo (Horas)				
Enfermera (Horas)				
Auxiliar (Horas)				
Dirección				
Aseo y Mantenimiento				
Historias Odontológicas				
Etc.				
<b>TOTAL</b>				

Denominación del instrumento — Hora médico-consulta  
odontológica.

Número de instrumentos

Costo de la unidad instrumental

Total de actividades (Cuadro n° 6.1)

Atendidos por primera vez (Cuadro n° 6.1)

Concentración por persona atendida

Rendimiento de la unidad instrumental

Costo por actividad realizada

A continuación pasamos a definir de manera sucinta los términos que figuran en el cuadro nº 6.2

Recursos: como ya hemos dicho está representado por el médico que realiza la consulta, el personal paramédico que está a su alrededor, el instrumental necesario para realizar la consulta, etc.

Instrumento: la unión de varios recursos para cumplir una actividad común específica constituye el instrumento. Al instrumento se le denomina de acuerdo al recurso menos divisible. En el caso que nos afecta, es indiscutible que el recurso indispensable para hacer una consulta odontológica sería el médico odontólogo y por tanto el instrumento se denominaría: "hora consulta odontológica".

Concentración por persona atendida: Se obtiene dividiendo el número total de actividades de cada clase, por el número de atendidos por primera vez, datos que se encuentran en los cuadros 6.1 y 6.2

<p><u>Nº total de actividades de cada clase</u></p>
<p>Nº de atendidos por primera vez</p>

Costo por unidad instrumental: es el obtenido en la última fila del cuadro de instrumentalización (Nº 6.2)

Rendimiento del instrumento: se obtiene dividiendo el número de actividades realizadas con determinado tipo de instrumentos, entre el número de instrumentos existentes:

$$\frac{\text{Nº de actividades realizadas}}{\text{Nº de instrumentos utilizados}}$$

Composición cualitativa y cuantitativa del instrumento: ya hemos definido anteriormente lo que significa recurso, y que la unión de varios recursos para cumplir una actividad específica constituye un instrumento.

Para determinar la proporción en que intervienen los diferentes recursos en la formación del instrumento, es decir, para indicar la "composición cuantitativa" del instrumento, basta expresar los diferentes recursos que lo forman, como una proporción del recurso menos divisible, el cual, sirve para denominar al instrumento.

A pesar de todo, en la práctica, la composición cuantitativa de un instrumento, no puede determinarse tan fácilmente.

Un instrumento se denomina de acuerdo al recurso menos divisible o más fácilmente identificable que entre en su composición, y por lo tanto, antes de dar nombre al instrumento, tendrá que hacerse una lista detallada de todos los recursos que se necesitan para cumplir las actividades que le están encomendadas, es decir, habrá que determinar la "composición cualitativa" del instrumento.

### Normalización de los instrumentos.

La composición de los instrumentos que se utilizan en el área no nos dice todavía, si los recursos se están utilizando o no adecuadamente.

Con el fin de dar un juicio crítico sobre este punto, es necesario comparar la instrumentación observada, con aquella que según las pautas existentes es la más eficiente.

El efecto de esta normalización, es cambiar la composición instrumental y su rendimiento, y en consecuencia, el costo económico por actividad será algo diferente.

#### a.- Elaboración del instrumento normalizado.

La elaboración del instrumento normalizado para la consulta odontológica se hará de la siguiente forma (Cuadro nº 6.3):

Columna 1: Se detallan todos los recursos que deban intervenir en el instrumento, comenzando con aquel que sirve para darle denominación, o



sea, "Hora consulta odontológica".

Columna 2: Se deja invariable la cantidad que corresponde al recurso básico que le da denominación (horas odontólogo), y los otros recursos se asignan en la proporción señalada por las normas dadas. Así, las normas pueden decir que por cada hora-odontólogo, debe haber 1 hora enfermera y 2 horas auxiliar enfermería. Por otra parte, sólo se normalizan las horas del personal y los otros recursos quedan invariables.

Columna 3: Se multiplica la respectiva columna del instrumento observado, por la relación entre horas comprometidas en el instrumento normalizado, sobre horas utilizadas en el instrumento observado en el área.

Columna 4: Lo mismo que para el instrumento observado, basta dividir las cifras de la columna (2), entre el número de instrumentos (horas-odontólogo).

Columna 5: De igual forma que en el instrumento observado, se obtiene dividiendo el costo total de determinado recurso entre el número total de instrumentos, totalizando luego, para obtener el costo por cada unidad instrumental normalizada.

CUADRO N°6.3

INSTRUMENTOS NORMALIZADOS: Composición, Actividades,  
Rendimientos y Costos.

RECURSOS (1)	TOTAL Instrumentos		UNIDAD Instrument.	
	Composición (2)	Costos (3)	Composición (4)	Costos (5)
Odontólogo (Horas)				
Enfermera (Horas)				
Auxiliar (Horas)				
Dirección				
Aseo y Mantenimiento				
Historias Odontológicas				
Material desechable				
Etc.				
<b>TOTAL</b>				

Denominación del instrumento

Número de instrumentos

Costo de la unidad instrumental

Total de actividades (Ver cuadro 6.1)

Atendidos por primera vez (cuadro 6.1)

Concentración por persona atendida

Rendimiento de la unidad instrumental

Costo por actividad realizada

Instrumentos Normalizados Vs. Observados.

Se puede hacer un cuadro comparativo de rendimientos y costos de ambos tipos de instrumentos. Tal comparación nos puede llevar a la conclusión de que se está realizando un buen aprovechamiento de los recursos o por el contrario de que los costos son excesivos para el rendimiento que se está obteniendo.

Además de los indicadores descritos anteriormente con los que podemos obtener una serie de valores absolutos existen unos indicadores con los que se obtienen unas cifras o valores relativos. Para FERRERO y GIACOMINI (1973), los indicadores más utilizados para las consultas externas se refieren a continuación:

#### PROMEDIO DIARIO DE CONSULTAS

$$\text{PDC} = \frac{\text{Total de consultas externas durante un período}}{\text{Total de días del período}}$$

Si el denominador se refiere al número de días que se presta Servicio Ambulatorio, las pautas pasan a referirse a la productividad del Servicio Ambulatorio.

Igualmente si se calcula para cada una de las unidades de cuidado ambulatorio pueden compararse sus rendimientos.

Si se dispone de un denominador más preciso y si se informa sobre el número de horas de consulta, entonces se puede computar al número de consultas por ho-

ra. A esto se de denomina anteriormente rendimiento de la unidad instrumental.

#### PORCENTAJE DE PRIMERAS CONSULTAS.

$$\text{PPC} = \frac{\text{Total de primeras consultas durante un periodo}}{\text{Total de consultas mismo período}} \times 100$$

#### INDICE DE CONCENTRACION DE CONSULTAS.

$$\text{ICC} = \frac{\text{Total de consultas durante un período}}{\text{Total de consultas de primera vez, mismo período}}$$

Es la inversa del cociente anterior. Mide el promedio de consultas que se brindan por cada una de primera vez. Es particularmente útil para planificar los servicios.

En la Conferencia de Chicago, de la American Medical Record Association, en abril de 1972, sobre datos básicos mínimos para el cuidado ambulatorio se propusieron una serie de datos a recoger:

- Identificación permanente

- . Identificación persona
- . Lugar de residencia
- . Fecha de nacimiento
- . Estado civil
- . Sexo
- . Raza

- Datos a recoger en cada visita

- . Identificación del centro (hospital, escuela, etc)
- . Identificación del estomatólogo
- . Identificación de la persona
- . Forma de pago
- . Fecha de la visita
- . Motivo de la consulta
- . Denominación del problema (clasificación del ICD-DA )
  
- . Exploraciones realizadas
- . Tratamientos realizados
- . Situación final del paciente

Todos estos datos son indispensables que los obtengamos para así poder tener una serie de parámetros que, mediante la aplicación de los indicadores sanita-

rios, nos faciliten una serie de estadísticas de rendimiento, de morbilidad, etc., lo que sirve como base para futuros trabajos de investigación.

Estos datos de la American Medical Record Association, nosotros los hemos adaptado a nuestras necesidades y proponemos los siguientes:

- Datos de identificación permanente

- . Identificación de la persona
- . Lugar de nacimiento.
- . Fecha de nacimiento
- . Sexo

- Datos a recoger en cada visita

- . Identificación del centro (hospital, escuela, etc)
- . Identificación del estomatólogo
- . Identificación de la persona
- . Fecha de la visita y hora de la visita
- . Motivo de la consulta
  - .. Problema nuevo a iniciativa del paciente ( )
  - .. Remitido por - Médico ( )
    - Estomatólogo ( )
  - .. Continuación de la consulta o revisión. ( )

- . Denominación del problema
- . Exploraciones realizadas
- . Tratamientos realizados
- . Situación final del paciente:
  - .. Problemas pendientes ( )
  - .. Alta ( )
  - .. Decide no continuar el tratamiento ( )

Los datos de identificación permanente son datos que sólo se tomarán en el primer contacto y que en contactos posteriores, si son a muy largo plazo, pueden haber cambiado el lugar de residencia, dato que habrá que realizar.

En el caso de los datos a recoger en cada visita, son datos que se pueden obtener de dos formas:

- a.- O bien, el estomatólogo se encarga en cada visita de rellenar una hoja reuniéndolas y facilitándolas luego junto estadísticas
- b.- O bien, un documentalista revisa cada uno de los historiales de los pacientes visitados y extrae todos estos datos citados y mediante un vehículo de datos luego los pasa al ordenador para estadística.



Tengamos en cuenta que los indicadores de actividad se nutren de aquellos datos que nosotros les facilitamos y que todos aquellos datos que no les sean proporcionados serán luego muy difíciles de obtener, serán de difícil disponibilidad.

LA SITUACION ACTUAL DE LA INFORMACION CLINICA  
EN LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE VALENCIA.

### 7.1. ESTRUCTURA DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA.

En un estudio directo de campo realizado con fecha Junio de 1985, la Estructura de la Escuela de Estomatología era la siguiente.

La Escuela de Estomatología de Valencia es un Centro Docente, de la Facultad de Medicina, cuya finalidad primordial es la formación de médicos especialistas en Estomatología. Dicha especialidad consta actualmente de dos cursos, con un promedio de 35 alumnos por curso.

El primer curso consta de un primer trimestre o preclínico en que se imparten materias de tipo general de la especialidad, como son Anatomía dental, Anatomía de cabeza y cuello, Histología dental, Cariología, Anestesia, Técnicas de Radiología oral y Principios en la preparación cavitaria, etc. Consta de una parte teórica y una parte práctica.

El resto del curso está dedicado a la enseñanza de disciplinas como la Cirugía Oral y Maxilofacial, Odontología conservadora con su clínica y Prótesis removable. Todas ellas tienen una parte teórica y otra prác-

tica tanto sobre paciente como en laboratorio.

El segundo curso entre desde el principio en la enseñanza de las asignaturas de Prótesis Fija, Patología médica oral y Ortodoncia, Odontopediatría, Higiene y Profilaxis e Historia de la Odonto-Estomatología. Al igual que en el curso anterior las clases son tanto teóricas como prácticas.

Para impartir las materias citadas en los diferentes cursos de que consta la Especialidad de Estomatología, la Escuela se divide en una serie de Servicios o Cátedras o Perfiles.

En Junio de 1985, momento de realizar este estudio, la composición de los Servicios era la siguiente:

- El Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial: está compuesto por un médico encargado no titular, de cinco médicos ayudantes y de dos auxiliares de clínica. Este Servicio además de las labores docentes, teóricas y prácticas desempeña una labor asistencial a pacientes procedentes de la S.S.

- El Servicio de Odontología Conservadora: está subdividido en:

a.- Servicio de Odontología Clínica, compuesto de un médico encargado no titular y siete médicos ayudantes.

b.- Servicio de Endodoncia, compuesto de un médico encargado no titular y de cuatro médicos ayudantes.

Además del personal médico citado, hay una auxiliar de clínica.

Este Servicio desarrolla labores docentes, teóricas y prácticas. Las prácticas son realizadas sobre pacientes, que pertenecen a diferentes estratos socio-económicos y culturales, que abonan los servicios que les son prestados ya que estos no están cubiertos por la S.S.

- El Servicio de Prótesis Removible: al igual que los anteriores está compuesto por un médico encargado no titular, de cuatro médicos ayudantes y de una auxiliar de clínica. Sus labores docentes de tipo práctico consisten en el desarrollo de técnicas de laboratorio para la preparación de prótesis removible y de confección y adaptación de prótesis sobre pacientes. Al igual que ocurría

anteriormente los pacientes abonan los servicios prestados ya que éstos no están cubiertos por la S.S.

- El Servicio de Prótesis Fija: tiene un desarrollo paralelo y muy similar al de Prótesis Removible citado con anterioridad. Está compuesto por un médico encargado no titular y por seis médicos ayudantes y una auxiliar de clínica.

- El Servicio de Patología Médica Oral: a su vez está subdividido en:

a.- Patología Oral. Compuesto de:

b.- Periodoncia

c.- Oclusión.

Compuesto en total por un médico encargado no titular y por cinco médicos ayudantes y por tres auxiliares de clínica. Tiene labor docente, teórica y práctica, y labor asistencial a pacientes del Hospital Clínico en regimen de S.S. Este Servicio es el encargado de realizar las Primeras Visitas que llegan a la Escuela y de encauzarlas al resto de los Servicios.

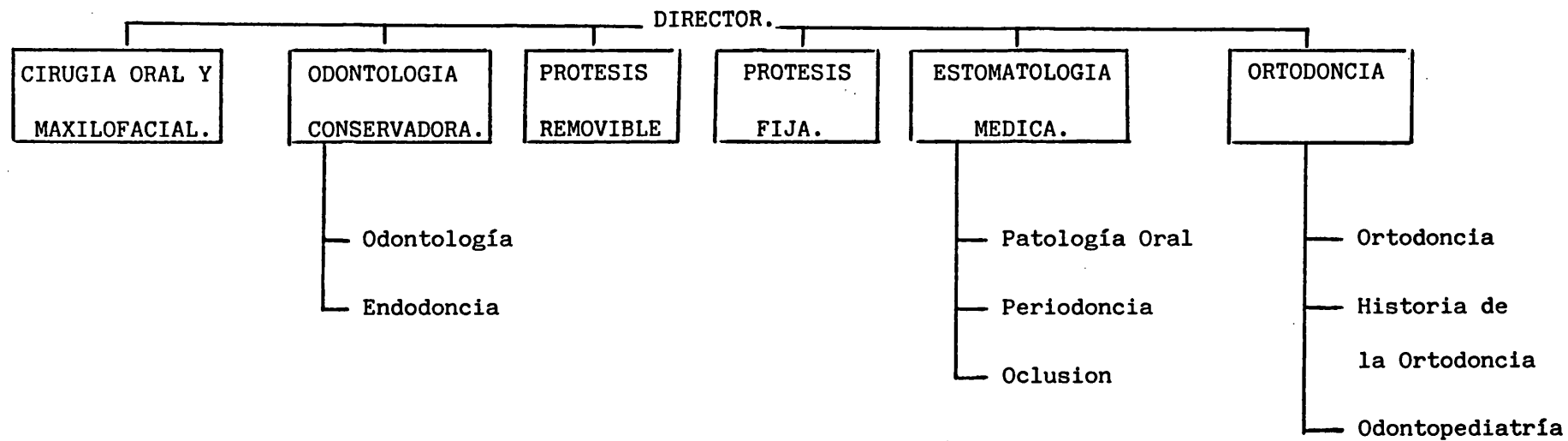
- Por último, el Servicio de Ortodoncia, Profilaxis e Historia de la Odonto-Estomatología: está compuesto por un Catedrático numerario, dos médicos encargados, cinco especialistas en Estomatología que están en período de especialización en Ortodoncia. En este Servicio la labor docente se desarrolla en dos campos:
  - a.- Formación de especialistas en Ortodoncia, tres alumnos por año y curso, que reciben enseñanzas teórico-prácticas de la disciplina. Resolviendo ellos mismos los casos clínicos.
  - b.- Formación en Ortodoncia de los alumnos que están en el segundo curso de la especialidad de Estomatología.

Los pacientes tratados provienen de la calle o de otros Servicios que los refieren. El Catedrático numerario de Ortodoncia es el que actualmente está desarrollando las funciones de Director de la Escuela.

- Además de los Servicios Clínicos citados hemos de añadir que existe un Servicio de Radiología en el que se realizan radiografías intra y extraorales. (Fig. 7.1)

Una vez analizada la estructura de la Escuela de Estomatología, vistos los Servicios que la componen y

Cuadro 7.1. ORGANIGRAMA DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE VALENCIA.





el organigrama de los mismos bajo la supervisión de la Dirección del Centro, pasamos a realizar un estudio detallado de los diferentes Servicios, con los tratamientos que prestan y con los solapamientos existentes entre ellos.

Este punto es de una importancia capital conocerlo en profundidad, para evitar que en la Escuela de Estomatología de Valencia se produzcan duplicaciones de las prestaciones de tratamiento por los diferentes Servicios, ya que esto ocasionaría una duplicación del material quirúrgico necesario, y una duplicidad de otro tipo de material no quirúrgico. También daría lugar a una falta de coordinación entre los Servicios y a una menor especialización del personal médico en materias concretas debido a la diversificación de sus tareas. Pasamos a continuación a exponer la tabla de los Servicios y Tratamientos que prestan con los solapamientos entre ellos. (Tabla 7.1.1.)

7.1.1. Organigrama de los Servicios y Tratamientos que prestan, con los solapamientos entre ellos.

Cirugía

- Oral ..... Exodoncias  
 ..... Exodonc. Quirúrgicas  
 ..... Quistes  
 ..... Tumores  
 ..... C. Periapical

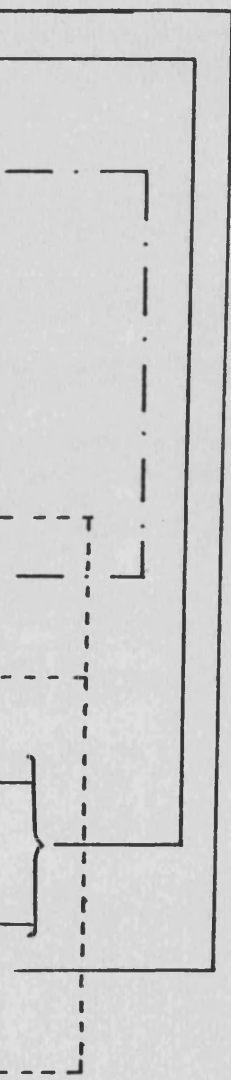
- Odontología .... Restaur. dentarias  
 .... Pat. cariosa  
 .... Pat. dentaria no cariosa  
 .... Fracturas dentales  
 .... Tto. canales radiculares

- Prótesis I .... Desdentados totales  
 .... Desdentados parciales  
 .... Oclusión

- Prótesis II .... Restauraciones dentarias  
 .... Desdentados parciales  
 .... Oclusión

- Pat. Médica .... Lesiones partes blandas  
 ... Tumoraes  
 ... No tumorales  
 .... Lesiones óseas  
 ... Tumoraes  
 ... No tumorales y Quistes.  
 .... Tratamiento Gingival  
 .... Oclusión  
 .... Pat. dentaria no cariosa

- Ortodoncia ..... Malposiciones dentarias  
 ..... Profilaxis



En el organigrama de los Servicios y Tratamientos podemos observar que entre los seis Servicios existentes en la Escuela de Estomatología de Valencia, existen una serie de solapamientos entre las diferentes prestaciones de cada Servicio. Estos solapamientos entre prestaciones vienen señalados por una serie de líneas continuas, discontinuas, a trazos, de puntos, etc. para difererenciar los solapamientos entre sí.

Por ejemplo en el Servicio de Cirugía Oral y en el de Patología Médica se producen una serie de solapamientos en el tratamiento de tumores o de quistes y esto es debido, a que a ambos Servicios le son remitidos pacientes con estas patologías y ambos Servicios son capaces de tratarlos. En muchos casos existe una colaboración de los Servicios citados para la resolución del caso en común.

Lo mismo puede ocurrir en los casos de Restauraciones dentarias, solapamiento que existe entre Prótesis Fija y Odontología Conservadora, ya que son tratamientos no específicos de una subespecialidad y no están enclavados en una materia determinada.

Exactamente igual puede ocurrir con un desdentado parcial en donde existen solapamientos entre los Servicios de Prótesis I y II.

## 7.2. PROCEDIMIENTO DE RECEPCION DE PACIENTES.

### 1.- Procedencia de los pacientes.

1.a. Tipos de pacientes.

1.b. Documentación que aportan.

### 2.- Recepción de pacientes.

2.a. Actos administrativos.

2.b. Generación de documentos.

### 3.- Derivación de un Servicio a otro.

3.a. Documentos.

### 4.- Salida de pacientes.

## 1.- Procedencia de los pacientes.

Los pacientes visitados en la Escuela de Estomatología de Valencia provienen de:

- a.- Consultas de ingresos en Hospital Clínico.
- b.- Consultas externas del Insalud previa citación.
- c.- Consultas externas del Insalud sin citación.
- d.- Pacientes de la calle que vienen directamente a la Escuela por propia iniciativa.

### 1.a. Tipos de pacientes.

Los pacientes asistidos en la Escuela de Estomatología pertenecen a todos los tipos socio-económicos y culturales. Se asiste a pacientes de todas las edades y sexos. Todos los pacientes que se adaptan a las normas asistenciales y económicas de la Escuela, son aceptados para su tratamiento.

### 1.b. Documentación que aportan.

- Los pacientes ingresados en el Hospital Clínico llegan a la Escuela de Estomatología con una "Petición de Consulta o Informe de Especialidad" y en ocasiones se acompaña de la Historia Clínica.

- Los pacientes que provienen de Consultas Externas de S.S. previa citación, aportan una hoja de "Propuesta para las Consultas Externas". En esta caso el ambulatorio envía al Hospital Clínico la "Propuesta para las Consultas Externas", rellena con los datos del paciente y la situación actual de la enfermedad; y el Hospital Clínico lo comunica a los Servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial y al de Medicina Oral que son los que dan el día y la hora de la primera visita.
  
- Otro tipo de pacientes proceden de Consultas Externas de S.S. sin citación previa, éstos aportan un "Parte de Consulta y Hospitalización". Generalmente son enviados por profesionales exalumnos de la Escuela de Estomatología que trabajan en ambulatorios. Estos pacientes en vez de seguir las normas del segundo punto, son enviados directamente a la Escuela y atendidos en atención al médico que los envía.
  
- Por último, están los pacientes que proceden directamente de la calle y que no aportan ningún tipo de documentación.

## 2.- Recepción de pacientes.

Se encarga de realizar una distribución de los pacientes que solicitan atención médica odontológica.

Esta distribución de los pacientes sólo se hace con los que proceden de la calle por propia iniciativa. En este caso, a todos los pacientes que demandan atención de Consultas Externas de la Escuela de Estomatología se les hace una primera visita para conocer el motivo de la consulta y es entonces cuando el paciente es remitido a cada Servicio en particular donde ya se les hace la Historia Clínica propia de dicho Servicio y la "tarjeta de identificación y control de visitas".

Todos los pacientes de Consultas Externas de la Escuela de Estomatología tengan la procedencia que tengan, excepto aquellos pacientes que están ingresados en el Hospital Clínico y que van a Consultas Externas con una "Petición de Consulta o Informe de Especialidad", tienen en su poder una "Tarjeta de Identificación y Control de Visitas" que deben presentar en cada consulta. En esta tarjeta se les anotará el día, fecha y consulta a la que deben asistir.



Los documentos generados en la recepción de pacientes son los administrativos y clínicos.

- Los administrativos han sido ya reseñados anteriormente y consisten en:
  - . Petición de Consulta o Inoforme de Especialidad.
  - . Propuesta de Consultas Externas.
  - . Parte de Consulta y Hospitalización.
  - . Tarjeta de Identificación y Control de Visitas.
  - . Volantes bancarios. (\*)

(\*) En el caso que el tratamiento a realizar, ya sea protésico o de otra índole, no sea cubierto por las prestaciones de la S.S., o bien, el paciente no sea beneficiario de la misma, se extienden unos "Volantes bancarios" con los honorarios profesionales devengados que se abonan en una oficina bancaria próxima a la Escuela de Estomatología antes de iniciar el tratamiento o consulta. Una vez abonado el paciente queda con el resguardo que entregará a la entrada de la consulta.

- Los documentos clínicos generados son las historias clínicas que realizan cada uno de los diferentes Servicios por los que pasa el paciente, ya que como se verá más

adelante, no existe una historia clínica única e integrada y personal para cada paciente.

3.- Desviación de los pacientes a otros Servicios o Unidades.

Para que el paciente pueda ser visitado en otro Servicio de la Escuela u Hospital Clínico, o se les pueda realizar exámenes complementarios (analítica, radiología, etc...), se utiliza siempre el impreso de "Petición de Consulta o Informe de Especialidad" cuando se trata de una consulta clínica, en el caso de tener que practicar una analítica se pueden usar impresos para la "Solicitud de Análisis" o de "Química Hemática", en el caso de que se trata de realizar un estudio radiológico se acompañará del impreso "Servicio de Radiodiagnóstico. Consulta Radiológica".

En todos los casos, el paciente debe acompañar a los impresos citados con la "Tarjeta de Identificación y Control de Visitas" donde se le anotará en cada Servicio el día, fecha y consulta a la que debe asistir.

#### 4.- Salida de los pacientes.

- a.- Cuando se da de alta o finaliza el tratamiento de un paciente odontológico, en general, no se le hace un informe. En el caso de que el paciente ha sido remitido desde alguna consulta (por ejemplo medicina interna) sí se le hace.
- b.- A los pacientes ingresados en el Hospital Clínico una vez realizado el tratamiento se le da de alta de la Escuela de Estomatología y si se cree necesario se les cita para revisión, en tal caso dicha cita para revisión se les anotará en la "Tarjeta de Identificación y Control de Visitas". Pueden ser dados de alta hospitalaria y continuar con el tratamiento ambulatorio en la Escuela de Estomatología el tiempo necesario hasta dar por terminado el tratamiento odontológico. También pueden ser dados de alta en la Escuela de Estomatología y permanecer ingresados en el Hospital Clínico, en este caso, se les hace un informe para el Jefe de la Sala. Para ello se utiliza el impreso de "Petición de Consulta o de Informe de Especialidad".

- c.- Algunos enfermos de Cirugía Maxilo-facial no aceptados, por falta de medios técnicos, son remitidos a la dirección del Hospital Clínico y ella los remite cuando procede a otro centro hospitalario utilizando para ello un impreso "Hoja de Hospital a otro Hospital".
- d.- A los pacientes que son intervenidos en el Servicio de Cirugía Oral, tanto si están ingresados en el Hospital Clínico como si no, se les da un informe para su médico de cabecera. Previamente este informe será cuñado y sellado en la Dirección del Hospital Clínico siempre que el paciente sea beneficiario del INSALUD.

Cuando las intervenciones de Cirugía Oral son realizadas en el Servicio de Traumatología como un aspecto de la asistencia a un traumatizado, los datos quedan en la documentación clínica del Servicio de Traumatología.

7.3. SISTEMATIZACION DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS  
EN LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE VALENCIA. DIA-  
GRAMAS DE FLUJO.

La evidente complejidad que supone el expresar de una forma descriptiva las acciones que se realizan en la Escuela de Estomatología de Valencia hace que sea necesario estandarizar estas actividades que desempeñan los Servicios de que se compone.

Para facilitar esta labor se han utilizado los flujogramas o diagramas de flujo, que se han definido como instrumentos muy útiles para representar, los pasos de un proceso o actividad, de forma gráfica o visual en vez de hacerlo de forma descriptiva. Estos diagramas nos permiten representar gráficamente tanto la secuencia como la dirección de los procesos.

El flujograma nos describe las acciones principales, decisiones y secuencia a través de todo el proceso.

Esta técnica se ha desarrollado, fundamentalmente, ligada a la computarización y también para la sistematización de actividades en el comercio y la industria, así como también en la organización sanitaria (Nuffield Provincial Hospital Trust, 1967 y BADERMAN, H. et al., 1973).

FERRERO y cols. (1973) recomiendan el uso de estos diagramas en su manual Las estadísticas hospitalarias y la historia clínica. El Departamento de información y archivo médico, para la sistematización de actividades de Consultas Externas.

Con el fin de facilitar su comprensión se han definido una serie o conjunto de símbolos que no están estandarizados y por ello nosotros basándonos en los empleados por FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F. (1973), hemos introducido alguna variante, con el fin de que fuese más fácil su comprensión aplicados a nuestro trabajo.

PERIS, R. (1977) también recomienda el uso de estos diagramas de flujo aplicados a la Dinámica del Archivo Central de Historias Clínicas del Hospital Univer-

sitario de la Facultad de Medicina de Valencia. Descripción mediante diagramas de flujo .

Se presentan un total de seis diagramas de flujo que explican el proceso seguido por los pacientes, dependiendo de su procedencia (ingresados en el Hospital Clínico, pacientes de Consultas Externas con cita-ción, etc..), desde la entrada en la Escuela de Estomato-logía hasta que se les da de alta. Los elementos de estos diagramas responden a la información recogida en el estudio de la Escuela realizado en Junio de 1985.

Los dos últimos diagramas (Nº5 y 6) represen-tan la sistematización de las actividades en las Consul-tas Externas, cuando se decide aplicar todo un plan de tratamiento en el que es necesario realizar una serie de visitas correlativas.

Con el fin de que los bloques utilizados en los diagramas fuesen lo más sucintos posible se han uti-lizado una serie de abreviaturas que vienen expresadas en la tabla 7.2. :

TABLA 7.2ABREVIATURAS UTILIZADAS EN LOS DIAGRAMAS DE FLUJO.

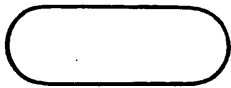
E.E..... Escuela de Estomatología.

H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>..... Historia Clínica.

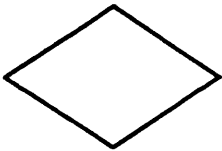
H.C..... Hospital Clínico.

C.E..... Consultas Externas.

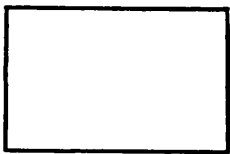


SIMBOLOS UTILIZADOS EN LOS DIAGRAMAS DE FLUJO.

Persona física o paciente.



Documento distinto de la historia clínica.



Servicio, Oficina o Institución.



Historia Clínica.



Decisión o Procesado.



Dirección del Flujo.

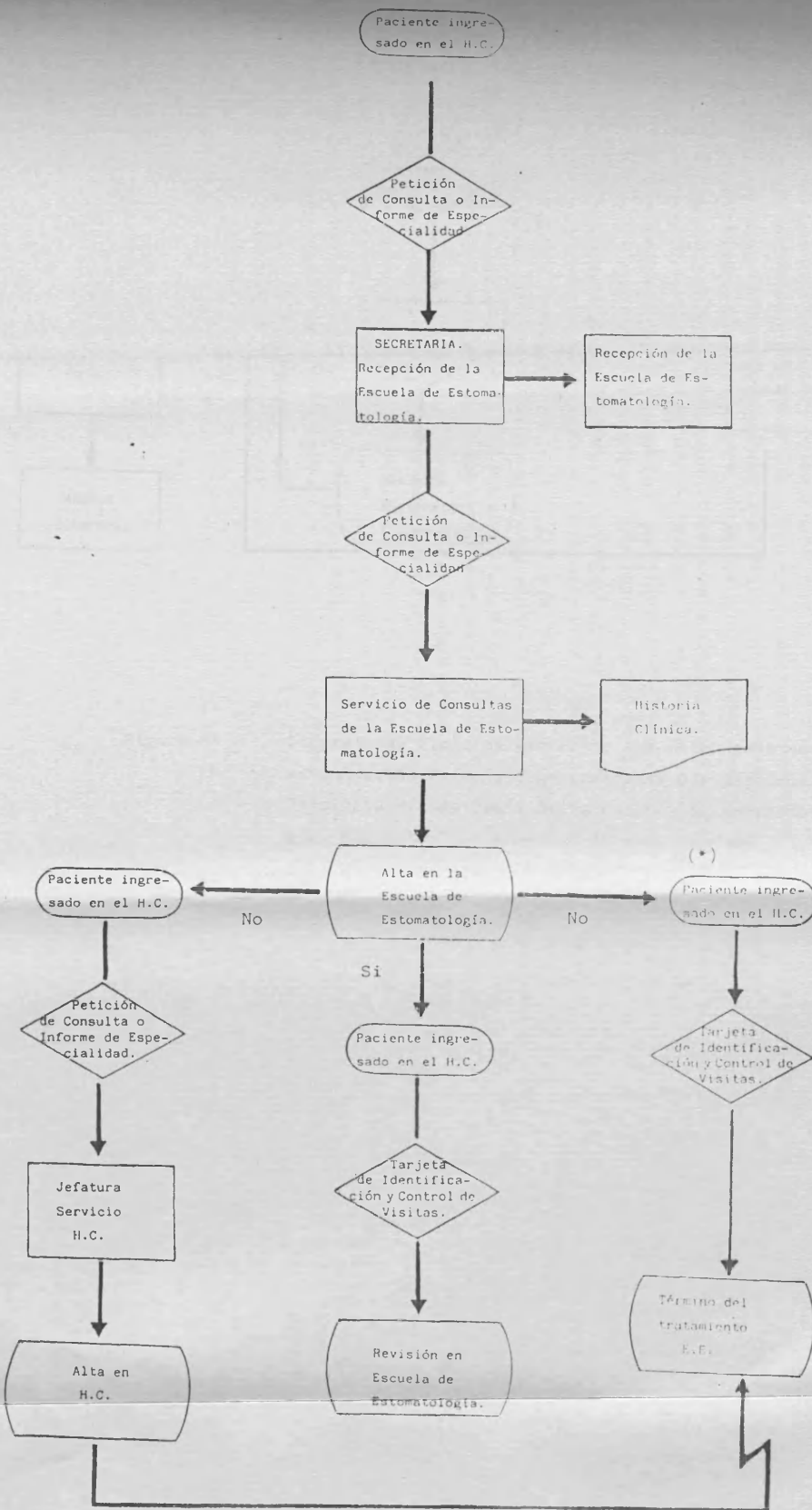


Figura Nº 1: Diagrama de flujo de pacientes hospitalizados en el Hospital Clínico de Valencia que son atendidos en las Consultas Externas de la Escuela de Estomatología.

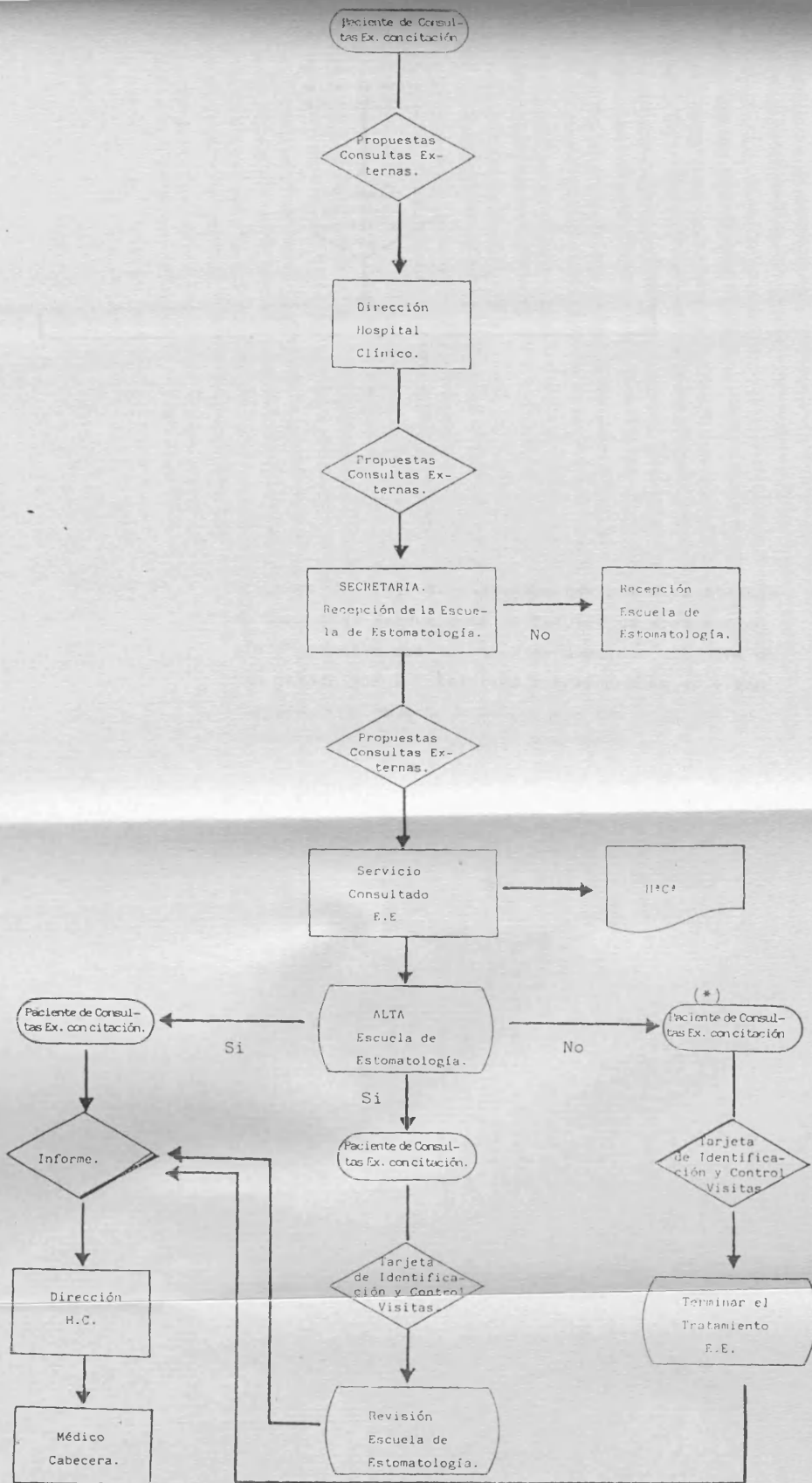


Figura Nº 2 : Diagrama de flujo de pacientes que piden asistencia en Consultas Externas, generalmente Cirugía Oral y Patología Médica Oral, de la Escuela de Estomatología. Pacientes que proceden de ambulatorios.

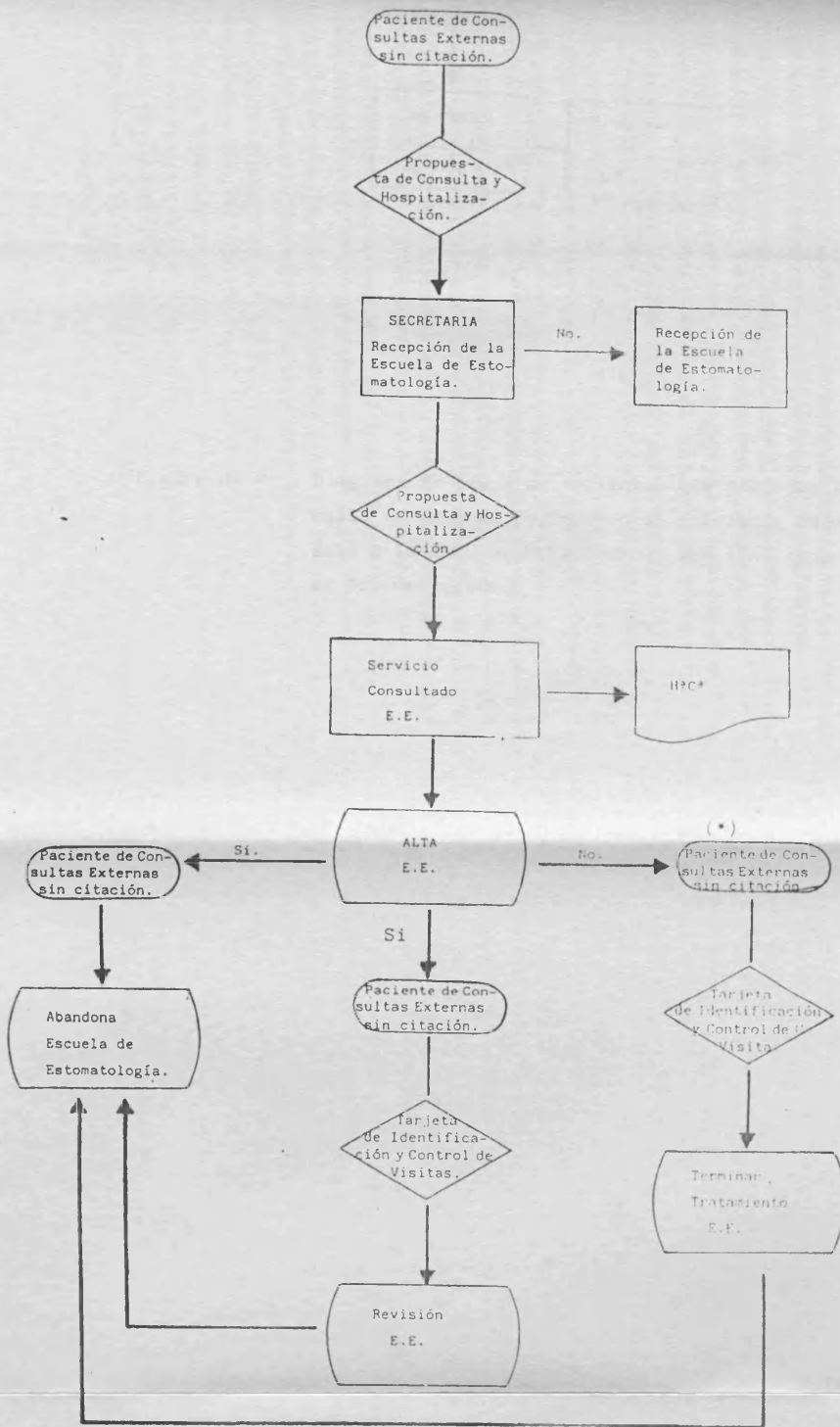


Figura Nº 3 : Diagrama de flujo de pacientes que piden asistencia en Consultas Externas de la Escuela de Estomatología. Pacientes que proceden de ambulatorio, pero no han pasado por los trámites correspondientes y han llegado directamente a la Escuela enviados por un médico exalumno o profesor colaborador.

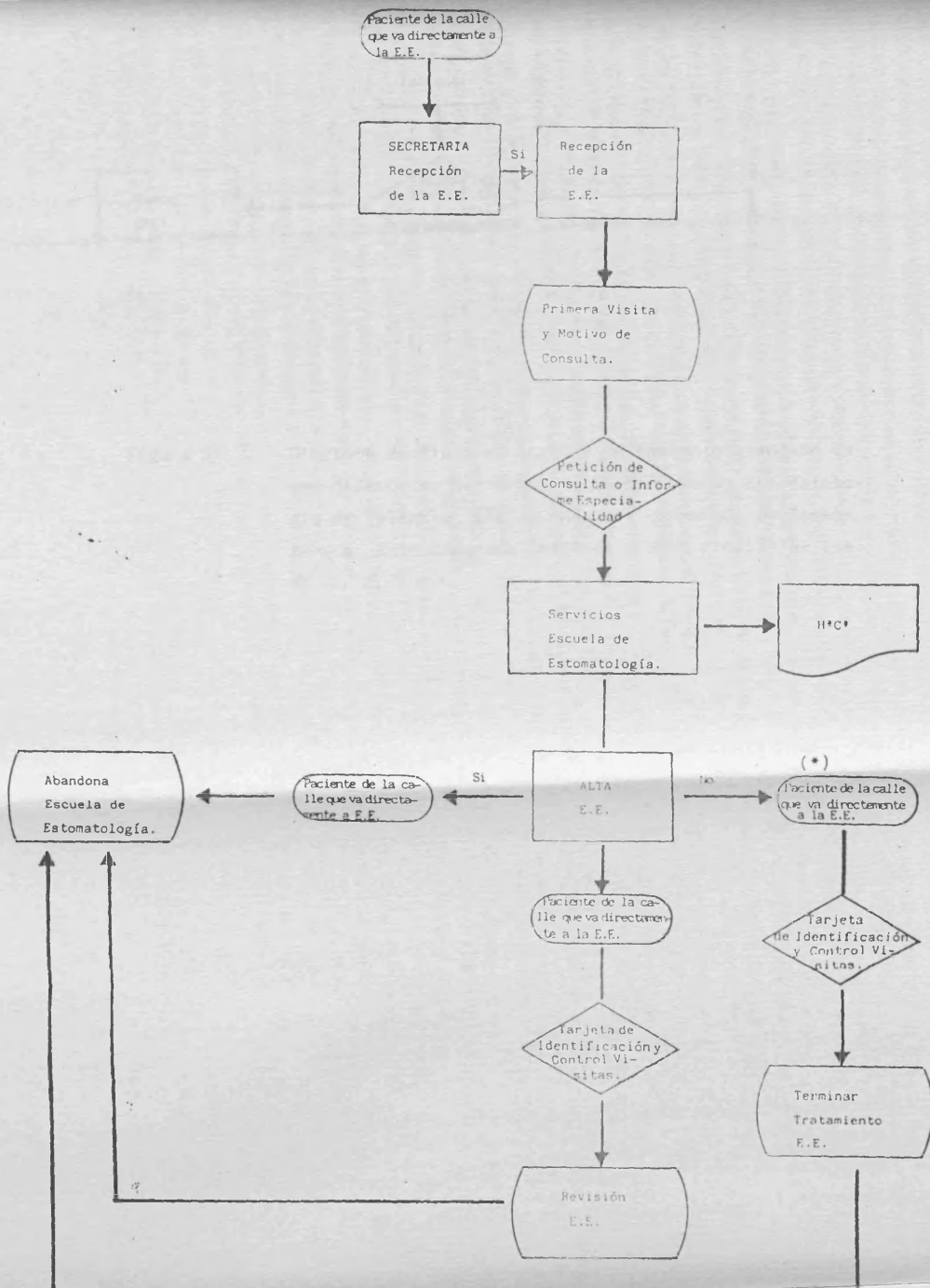


Figura Nº 4 : Diagrama de flujo de pacientes que proceden de la calle en demanda de asistencia sanitaria odontológica a la E.E. de Valencia. No aportan ningún tipo de Documentación.

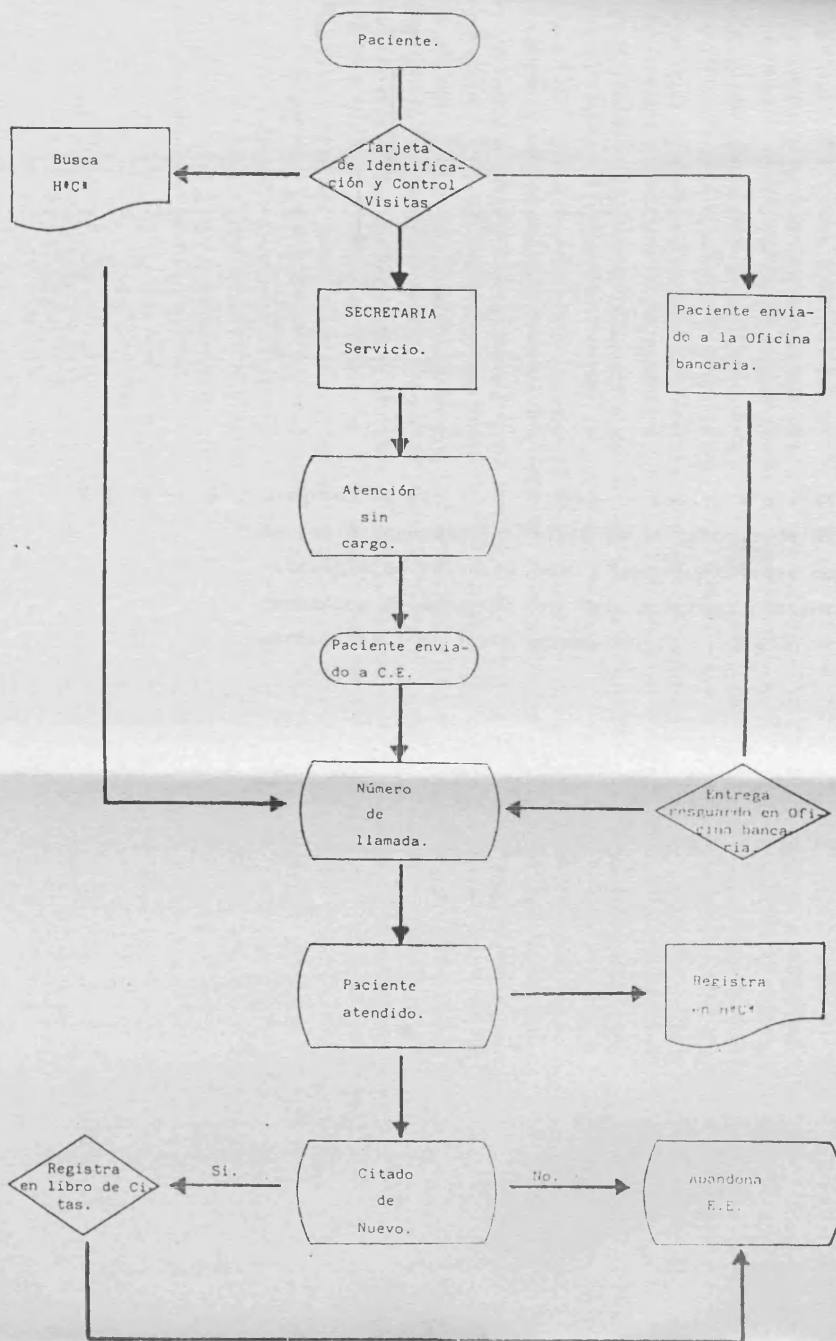


Figura Nº 5 : Diagrama de flujo en torno a un paciente atendido en los diferentes Servicios de la Escuela de Estomatología de Valencia, que no requiere exámenes complementarios. Este diagrama comienza a partir del(\*)de los Nº 1, 2, 3 y 4.

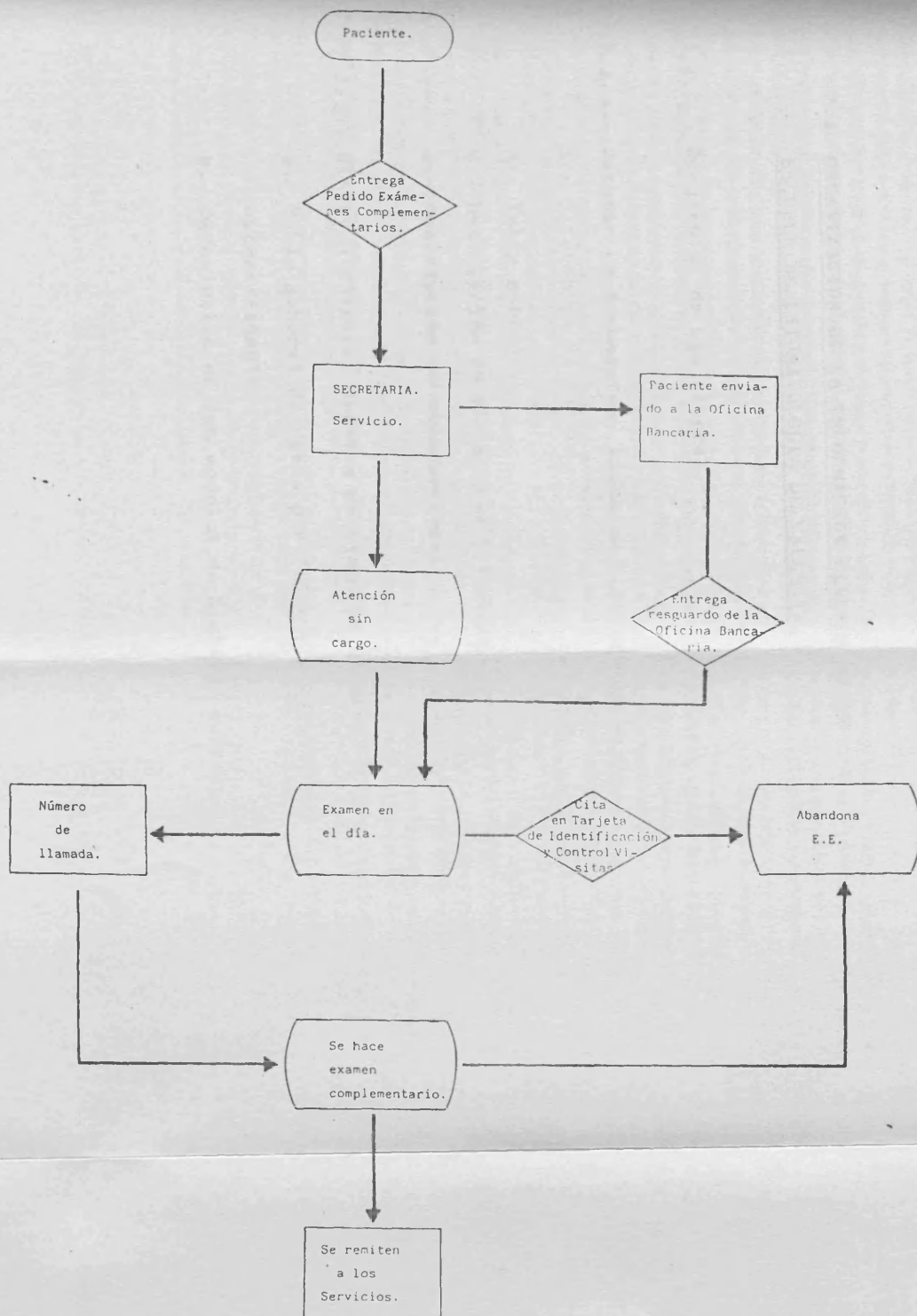


Figura N° 6 : Diagrama de flujo en torno a un paciente atendido en los diferentes Servicios de la Escuela de Estomatología de Valencia, que requiere exámenes complementarios de diagnóstico. Esta diagrama comienza a partir del(\*) de los diagrama N° 1, 2, 3 y 4.



7.4. ORGANIZACION DE LA INFORMACION CLINICA EN LA  
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE VALENCIA.

7.4.1.- Documentos de uso general.

7.4.2.- Estudio de documentos, ficheros y estadísticas de los diferentes Servicios.

a.- Tabla general.

b.- Descripción de documentos y ficheros.

c.- Descripción de estadísticas.

7.4.3.- Historia clínica. Modelos de historia clínica.

a.- Tabla general de datos por "Historia clínica de especialidad".

b.- Descripción de los modelos de historia clínica.



7.4.1.- Descripción de los documentos de uso general.

Hay una serie de documentos que son generales, en su uso, para todos los Servicios de la Escuela de Estomatología. Son los siguientes:

- a.- La Tarjeta de Identificación y Control de Visitas.
- b.- La Petición de Consulta o de Informe de Especialidad.
- c.- Propuesta para las "Consultas Externas".
- d.- Informe de Radiología. Servicio de Radiodiagnóstico.
- e.- Laboratorio Central de Microbiología.
- f.- Servicio de Hematología. Recuento, Fórmula, etc.
- g.- Servicio de Hematología. Análisis de Coagulación.
- h.- Laboratorio de Química clínica. Química Hemática.  
Enzimas.
- i.- Laboratorio de Orina y Heces.
- j.- Informe de Anatomía Patológica.

Como vemos hay un total de diez documentos de los cuales:

- Son propios de la Escuela de Estomatología .....	1
- Son propios del Hospital Clínico Univ. ....	8
- Son propios del INSALUD .....	1

Del total hay 9 que están normalizados y 1 que no lo está, es el del INSALUD.

Pasamos a continuación a la descripción detallada de cada uno de los documentos antes citados, indicando:

- El propósito del documentos.
- El contenido del documento.
- Las características físicas:
  - . Tamaño
  - . Color
  - . Uso de copias

a.- La Tarjeta de Identificación y Control de Visitas.

Tiene como finalidad identificar al paciente por su nombre, número de filiación y por el número de Historia clínica de cada uno de los Servicios de la Escuela. Además sirve al paciente como registro de sus citaciones para atenciones ambulatorias. El paciente debe conservarla y la presentará cada vez que requiera atención en este Centro, así se evitan demoras en la localización de la Historia clínica. Está compuesta de dos partes:

- a.1. La cara anterior de la tarjeta donde se escribe el nombre y apellidos del paciente, nº de filiación y nº de historia clínica de cada uno de los Servicios que integran la Escuela de Estomatología. (Conservadora, Médica, Cirugía, etc..). (Fig. 7.3)
- a.2. Esta tarjeta se abre como un libro y en sus caras centrales hay una serie de líneas paralelas donde se detallarán los controles de visitas con la fecha y la consulta a la que deben asistir. (Fig. 7.4)

Está confeccionada en papel, no en cartulina, y tiene unas dimensiones de 20 x 15,5 cm y se presenta doblada por su parte central. Es de color blanco.

ESCUELA DE  
ESTOMATOLOGIA

FACULTAD DE MEDICINA VALENCIA



N.º Filiación .....

Nombre .....

Cátedra N.º .....

Conservadora N.º .....

Médica N.º .....

Quirúrgica N.º .....

Prótesis I N.º .....

Prótesis II N.º .....

Ortodoncia N.º .....

Fig. 7.3.

TARJETA DE IDENTIFICACION Y CONTROL DE VISITAS.

10 x 15 cm. doblado. Papel blanco.



b.- Petición de Consulta o de Informe de Especialidad.

Su finalidad es, el solicitar la opinión de un colega para esclarecer un diagnóstico o para determinar el plan de tratamiento más adecuado para el paciente.

Este formulario tiene un doble fin que es por una parte el registrar la consulta y por otra el informe del especialista. (Fig. 7.5)

En la primera parte Examen Solicitado se coloca el motivo de la consulta, a esto se antecede un diagnóstico del enfermo en el Servicio del que se remite. Este exámen solicitado va fechado y firmado por el médico que lo solicita. En una segunda parte aparece el Informe del especialista, donde debe reflejarse los hallazgos de importancia resumidos, el diagnóstico y sus recomendaciones de tratamiento. Al final el informe debe ir fechado y firmado.

En la cabecera del documento aparece el nombre del enfermo, nº de historia clínica, el Departamento solicitante del informe y al que se le solicita.

Está confeccionado en hojas de papel normalizado Din A4 de color blanco.

Esta petición de Consulta o Informe de Especialidad no ha sido confeccionada exclusivamente para la Escuela de Estomatología, sino que ha sido adoptada de la que estaba funcionando en el Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Este documento sólo se utiliza para consultas entre los diferentes Servicios de la Escuela de Estomatología o del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Cuando las consultas son de régimen externo a estas instituciones se utiliza otro tipo de formularios.



**PETICION DE CONSULTA O DE INFORME DE ESPECIALIDAD**

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA VALENCIA

De DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA MEDICA

A

Estimado colega:

Le ruego examine al enfermo

HISTORIA N.º

sala

sección

Cama n.º

y le agradecemos su opinión.

DIAGNOSTICO DEL ENFERMO EN NUESTRO SERVICIO

Observaciones

EXAMEN SOLICITADO

Fecha y firma:

INFORME

(Le rogamos fecha y firme este informe)

11 0 006

Fig. 7.5.

PETICION DE CONSULTA O INFORME DE ESPECIALIDAD.

A4. Papel blanco.

c.- Formulario de Propuestas para las Consultas Externas.

Ha sido desarrollado por el INSALUD. Su misión es la de solicitar la opinión de un especialista, en este caso intrahospitalario. Con este documento se refieren a los pacientes desde los Consultorios del INSALUD hasta las Consultas Externas de la Escuela de Estomatología de Valencia. Consta de:

- I.- FILIACION: Nombre y apellidos del paciente, nº de S.S. domicilio, localidad y nombre del médico que formula la consulta, y a quien se la consulta.
- II.- HISTORIA CLINICA: Antecedentes personales y familiares, comienzo de la enfermedad y curso de la misma.
- III.- EXPLORACIÓN CLINICA: Exploracion, datos de Rx, y laboratorio, juicio diagnóstico.

Por último, fecha y firma del médico que hace la consulta. Está realizado en hoja de papel no Din A4, sino de tamaño algo mayor. Es de color blanco. (Fig. 7.6 y 7.7)



Ministerio de Sanidad y Consumo  
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD

VALENCIA

PROPUESTA PARA LAS «CONSULTAS EXTERNAS»

En \_\_\_\_\_

I.- FILIACION

ENFERMO D. \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_

Asegurado D. \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_

Afiliado a la Seguridad Social en el Régimen \_\_\_\_\_

Propuesta que formula el Dr. \_\_\_\_\_ Especialista de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ para la CONSULTA DE \_\_\_\_\_

II.- HISTORIA CLINICA

a) Antecedentes familiares y personales:

b) Comienzo de la enfermedad:

c) Curso de la enfermedad:

Fig. 7.6.

PROPUESTA PARA LAS "CONSULTAS EXTERNAS"

21,5 x 31,5. Papel blanco. Anverso.

III.-EXPLORACION CLINICA:

a) Exploración:

b) Datos fundamentales de Laboratorio y Radiología: (Acompáñense)

c) Juicio clínico - Diagnóstico:

IV.-JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19\_\_\_\_  
(Firma del Médico o Especialista)

V.º S.º  
EL INSPECTOR MEDICO.

Lugar reservado para Informe de la Delegación Provincial

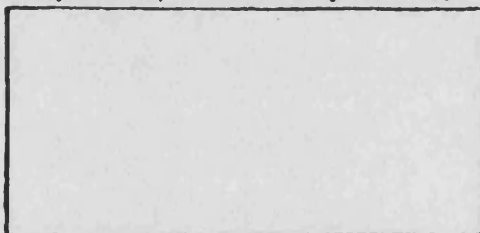


Fig. 7.7.

PROPUESTA PARA LAS "CONSULTAS EXTERNAS"

21,5 x 31,5. Papel blanco. Reverso.

d.- Informe de Radiología.

Este formulario tiene una doble finalidad, una es recoger el exámen solicitado, es decir, que tipo de radiología se necesita, y en una segunda parte va el informe del médico radiólogo, todo esto debe ir fechado y firmado tanto por el solicitante como por el que hace el informe.

Consta de 3 copias, la primera sólo ocupa la mitad de tamaño de las dos siguientes, y en ella se refleja el nombre y apellidos del enfermo, nº de historia clínica, fecha de nacimiento, fecha del examen, tipo de films, tipo de tubo, técnico que realiza la exploración y examen solicitado, fecha y médico que lo solicita. Esta primera hoja es de color blanco. (Fig. 7.8)

Las dos hojas siguientes son ya de tamaño normalizado Din A4 y son copia exacta una de la otra, en ellas además de lo que ya consta en la primera hoja nombrada anteriormente hay una información clínica sobre el paciente y por último un informe radiológico con fecha y firma del médico que lo realizó. (Fig. 7.9)

De estas dos hojas, la primera es de color blanco y la segunda es amarilla.

Se utiliza el Informe de Radiología del Hospital Clínico Universitario.

<b>HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO</b> <b>VALENCIA</b> <b>Servicio Radiodiagnóstico</b> <b>Consulta Radiológica</b>	Apellidos .....	Citado al día <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Preparación del enfermo
	Nombre .....	
	Fecha nacimiento .....	
	N.º Historia .....	
	Urgente <input type="checkbox"/> No urgente <input type="checkbox"/>	
(Espacios en rojo a rellenar por Radiodiagnóstico)		
Fecha del Examen <input type="text"/>		
Films: 18x24 <input type="checkbox"/> 24x30 <input type="checkbox"/> 30x40 <input type="checkbox"/> 35x35 <input type="checkbox"/> 35x43 <input type="checkbox"/>		
Des: 18x24 <input type="checkbox"/> 24x30 <input type="checkbox"/> 30x40 <input type="checkbox"/> 35x35 <input type="checkbox"/> 35x43 <input type="checkbox"/>		
Exploración <input type="text"/>	P <input type="text"/>	Tubo: <input type="text"/>
Diag. radiológico: <input type="text"/>	E <input type="text"/>	Técnico: <input type="text"/>
<input type="text"/>	S <input type="text"/>	
<input type="text"/>	H <input type="text"/>	
		El enfermo llegará en camilla <input type="text"/> en silla <input type="text"/> andando <input type="text"/> PORTATIL <input type="text"/>
Examen solicitado .....		
Depto. ....	Sección .....	N.º de cama .....
Médico: .....	<input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
		Policlínica .....

Fig. 7.8.

INFORME DE RADIOLOGIA

21 x 12 cm. Papel autocopia blanco

Juego de 3 hojas. Hoja nº 1.

<b>HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO</b> <b>VALENCIA</b>  <b>Servicio Radiodiagnóstico</b> <b>Consulta Radiológica</b>	Apellidos ..... Nombre ..... Fecha nacimiento ..... N.º Historia ..... Urgente <input type="checkbox"/> No urgente <input type="checkbox"/>	Citado el día <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Preparación del enfermo
(Espacios en rojo a rellenar por Radiodiagnóstico)		
Fecha del Examen <input type="text"/>	Films: 18x24 <input type="checkbox"/> 24x30 <input type="checkbox"/> 30x40 <input type="checkbox"/> 35x35 <input type="checkbox"/> 35x43 <input type="checkbox"/> Des: 18x24 <input type="checkbox"/> 24x30 <input type="checkbox"/> 30x40 <input type="checkbox"/> 35x35 <input type="checkbox"/> 35x43 <input type="checkbox"/>	El enfermo llegará en camilla <input type="text"/> en silla <input type="text"/> andando <input type="text"/> PORTATIL <input type="text"/>
Exploración <input type="text"/>	P <input type="text"/> E <input type="text"/> S <input type="text"/> H <input type="text"/>	Tubo: <input type="text"/> Técnico: <input type="text"/>
Diag. radiológico: <input type="text"/> <input type="text"/>		
Examen solicitado ..... ..... Depto. .... Sección ..... N.º de cama ..... Policlínica ..... Médico: <input type="text"/> Fecha <input type="text"/>		
<b>INFORMACION CLINICA:</b> ..... ..... ..... .....		

**INFORME RADIOLOGICO:**

Fecha:

Médico Radiólogo:

**NOTA:** El Servicio Central de Radiodiagnóstico rechazará, todo volante que no venga debidamente cumplimentado, debiendo acompañar al paciente la historia clínica y exploraciones complementarias.

H. U. 638

Fig. 7.9.

INFORME DE RADIOLOGIA

A4. Papel autocopia.

Juego de 3 hojas. Hoja nº 2 blanca

Hoja nº 3 amarilla.



e.- Informe de Microbiología.

Al igual que otros formularios tiene doble finalidad, por una parte sirven para hacer la petición del exámen solicitado y por otro lado sirven para realizar el Informe final del médico de microbiología.

Consta de tres hojas, las dos primeras en las que sólo figura el encabezamiento con los datos siguientes: apellidos, nombre del paciente, N° de historia clínica, Servicio en que está o Policlínica, fecha de petición y fecha y firma del médico. Son de color blanco. (Fig. 7.10).

Una tercera hoja, de color amarillo, además de llevar el encabezamiento dicho anteriormente, se continúan con una justificación de petición y a continuación un espacio para el informe del médico de microbiología. (Fig. 7.11 y 7.12)

Están confeccionadas en tamaño normalizado Din A4, en hojas de papel. Este informe es el que se usa en el Hospital Clínico Universitario.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO  
FACULTAD DE MEDICINA  
VALENCIA

LABORATORIO CENTRAL DE MICROBIOLOGIA

Prof. J. García de Lomas

H.º N.º

Apellidos  Nombre

Servicio  Policlínica  Sala  Cama

Edad  Sexo  V  H

Fecha petición  Fecha obtención  Hora

Médico  Firma \_\_\_\_\_

Petición justificada por \_\_\_\_\_

Estudio solicitado \_\_\_\_\_

Tipo de muestra enviada \_\_\_\_\_ N.º muestras previas \_\_\_\_\_

Fig. 7.10.

INFORME DE MICROBIOLOGIA. 21 x 8,5 cm. Papel autocopia.

Juego de 5 hojas.

Hojas nº 1,2,3,4 blancas.



**EXUDADOS RESPIRATORIOS SUPERIORES (NASAL Y FARINGEO)**

Para tomar la muestra utilizar un escobillón de algodón o alginate. Para un resultado fiable lo más importante es el lugar de la toma y el tiempo de envío al Laboratorio. En los exudados faringeos hay que frotar enfáticamente sobre ambas áreas tonsilares y pared posterior de la faringe, evitando tocar la lengua o la úvula. Si se ha tocado, desechar ese escobillón y utilizar otro. Para facilitar la toma deprimir la lengua con un depresor. Esto es importante, ya que en la secreción salivar existen enzimas que pueden destruir microorganismos y además existen aprófitas.

Para muestras de fosas nasales introducir profundamente un escobillón en cada fosa nasal y rascar suavemente.

De preferencia la muestra debe ser tomada en el Laboratorio de Microbiología y sólo en el caso de pacientes hospitalizados será tomada por personal del Servicio solicitante. Las muestras deben ser recibidas en el Laboratorio a las de dos horas de su toma. La hora de toma debe venir indicada en el envase del escobillón.

**MUESTRAS DE APARATO RESPIRATORIO INFERIOR.**—La interpretación de los resultados depende fundamentalmente del tipo de infección en función de la existencia o no de posible contaminación orofaríngea.

En las muestras de esputo, aspiración nasofaríngea y aspiración broncoscópica existe siempre algún grado de contaminación orofaríngea.

Las muestras que deben estar exentas de contaminación orofaríngea son: aspiración transtraqueal, aspiración pulmonar transtráquea y biopsia pulmonar.

**Esputo:** para su toma conseguir una expectoración profunda, instruyendo al paciente e incluso después de drenaje postural, fisioterapia respiratoria, hidratación, nebulización, etc. No se procesarán las muestras que estén constituidas fundamentalmente por saliva. Se enviarán en frasco estéril y deberán de llegar al Laboratorio antes de dos horas de su emisión.

**Aspirado broncoscópico:** Se enviará en iguales condiciones que el esputo.

**Traqueotomía y aspirado por tubo endotraqueal:** se enviará en iguales condiciones que los anteriores.

**Aspiración transtraqueal o infralaringea:** se tomará por punción a través de la piel anestesiada y membrana cricotrítica con catéter L. 1, y aplicando succión con jeringa o aspirador de aspiración intermitente (es suficiente aunque el volumen sea muy pequeño). Enviar en frasco estéril por punción a través del tapón previamente desinfectado. Debe resistir en el Laboratorio a la mayor brevedad.

**Aspiración pulmonar:** se obtendrá por punción a través de pared torácica y se enviará en condiciones semejantes a la anterior.

**Muestra pulmonar:** se aconseja que, en caso de realizar biopsia pulmonar para estudio histopatológico, se envíe una muestra al Laboratorio de Microbiología. Puntarse en contacto con la sección para conocer la toma de envío.

**CULTIVO DE ORINA.**—Durante la recogida para envío al Laboratorio se deben seguir las instrucciones que se señalan, ya que en caso contrario los datos del resultado pueden falsarse un diagnóstico.

— Se debe recoger la primera orina de la mañana.

— Para la recogida utilizar un frasco estéril facilitado por el Laboratorio o adquirido en una farmacia, y que durante su manipulación no debe tocar por su interior ni en su tapa por dentro. No dejar abierto más que el tiempo imprescindible y cuando está abierto no dejar la tapa en contacto con ninguna superficie.

— Antes de la recogida la persona debe lavarse las manos y secarlas, y después lavarse los genitales externos para evitar que se contaminen la orina durante la recogida. Para ello el varón debe retirar el prepucio y lavar bien el glande con agua y jabón, enjuagar con agua, a ser posible esteril, y secar. La mujer debe separar los labios externos y, manteniéndolos separados, lavar con agua y jabón de dentro a detrás, enjuagar con agua, a ser posible esteril, y secar.

— Una vez lavado, recoger para enviar al Laboratorio la parte media de la micción, para lo cual comenzar a orinar fuera del frasco, continuar orinando directamente dentro de él hasta recoger aproximadamente la mitad del frasco y cerrar herméticamente. Anotar en el frasco la hora de recogida.

— Hasta el envío al Laboratorio mantener el frasco con la orina en la nevera (no congelar). El tiempo desde la recogida a la llegada al Laboratorio no debe ser superior a 2 horas sin estar en nevera.

— Enviar al Laboratorio de 9 a 10 de la mañana, todos los días, excepto sábados y festivos.

**NOTA:** Para la investigación de inmunoglobulinas fijadas a las heces introducir el frasco con la orina recién emitida en un recipiente con hielo y enviar rápidamente al Laboratorio. Este tipo de determinación sólo se realiza con petición de Higiene y la Sección, que recibirá los datos de realización.

Para investigación de microorganismos productores de una toxicología concreta con Legionella se debe contactar con la Sección, que indicará la forma de recogida y envío de la muestra.

**EXUDADOS VAGINALES Y URETRALES**

Debido a la facilidad de alteración de muchos de los microorganismos que pueden provocar infecciones a nivel genital y a la necesidad de realizar exámenes directos inmediatos después de la recogida de la muestra, sólo se procesarán aquellas muestras que hayan sido tomadas en el Laboratorio de Microbiología y por personal del Servicio. Para ello enviar al paciente de 9 a 10 de la mañana.

**EXUDADOS CONJUNTIVALES**

Debido a la facilidad de alteración de muchos de los microorganismos que se pueden provocar infecciones a nivel conjuntival y a la necesidad de realizar una muestra inmediata, sólo se procesarán aquellas muestras que hayan sido tomadas en el Laboratorio de Microbiología y por personal del Servicio. En casos excepcionales y justificados de pacientes que se encuentran hospitalizados y con imposibilidad de moverse, se desplazará personal del Servicio a realizar la toma de la muestra. En ningún caso se aceptarán para cultivo muestras tomadas con escobillón y que hayan sido remitidas al Laboratorio. Las tomas de muestra en el Servicio serán de 9 a 10 de la mañana.

**HEMOCULTIVOS.**—Se recomienda en general la realización de tres tomas para hemocultivo, repartidas durante 24 horas. Se deben tomar las muestras en cada ocasión para los dos frascos distintos, ya que continúan medios de cultivo diferentes para la búsqueda de varios tipos de microorganismos.

Se recomienda seguir estrictamente las normas que se señalan, ya que con ello los resultados del cultivo serán fiables.

— Antes de tomar la muestra limpiar bien la piel donde se va a realizar la punción, la parte exterior de los tapones de goma de los frascos donde se va a introducir la sangre y las manos de la persona que vaya a realizar la extracción, utilizando ALCOHOL de 70° y esperar 5 minutos. A continuación pinchar la piel del lugar de la extracción y el tapón de goma del frasco con NAILON DE 10MM al 2%, después dejar colocado sobre los tapones de los dos frascos donde se vaya a introducir la sangre un algodón impregnado con ALCOHOL de 70°.

— Extraer 20 ml. de sangre en los adultos y 10 ml. de sangre en los niños, con jeringa y aguja estéril desechable, evitando contactar la aguja con las manos, superficies, etc., que pudiesen contaminarla.

— Una vez extraída la sangre, indicar la cantidad de sangre necesaria para cada frasco, evitando la entrada de aire en cualquiera de ambos frascos. Si ha penetrado algo de aire, aunque sea procedente de la jeringa, debe indicarse sobre una etiqueta en el frasco.

— Cuando se haya introducido la sangre en cada frasco, retirar la jeringa y volver a pinchar con alcohol de 70°. Colocar la cubierta y remitir inmediatamente al Laboratorio de 9 de la mañana a 3 de la tarde. No se admitirán hemocultivos que después de su extracción no hayan sido remitidos al Laboratorio dentro de estas horas.

**PUNTA DE CATÉTERES.**—Los catéteres serán remitidos en el tubo estéril preparado para este fin por el Laboratorio de Microbiología. Este tubo, además de estar estéril, contiene una atmósfera de Anhidrido Carbónico, por lo cual debe ser abierto en la proximidad de una llama de mechero de gas o alcohol, y mantenerse en posición vertical para evitar la pérdida del anhidrido carbónico.

— Introducir en el interior del tubo un segmento de catéter —punta— cubierto con filzas estériles. Una vez introducida la punta del catéter se debe enviar al Laboratorio a la mayor brevedad.

**NOTA:** No se procesarán aquellos tubos en que se haya producido viraje del indicador de ausencia de oxígeno, ya que ello indicará una contaminación defectuosa durante la introducción de la punta del catéter.

**EXUDADOS PERIFÉRICOS.**—En cualquier tipo de punción abierta o cerrada se tratará de tomar la muestra utilizando jeringa y aguja estéril desechable, con lo que se realizará la aspiración del producto. Sólo en casos en que por la localización de la lesión no se pueda realizar punción se tomará la muestra con escobillón.

En el caso de superficies superficiales (heridas infectadas o infecciones profundas fistulizadas) se limpiará la piel próxima a la lesión con ALCOHOL de 70° y se tomará la exudación de la zona central y más profunda mediante punción, evitando tocar los bordes de la lesión y evitando aspirar el aire al interior de la jeringa. Una vez recogida la muestra, expulsar de la jeringa el aire que haya podido penetrar e introducir el contenido en el interior de los tubos preparados por el Laboratorio. Para introducir se puncionará con la aguja a través del tapón previamente desinfectado con alcohol de 70°. En caso de que no se disponga de los tubos de transporte, clavar la aguja en un tapón estéril para evitar la entrada de aire al interior de la jeringa y enviar al Laboratorio de forma URGENTE.

En el caso de punciones cerradas la muestra se tomará de igual forma, pero realizando previamente la desinfección de la piel sobre la que se vaya a realizar la punción. En el caso de tomas obligadas de muestra con escobillón por la localización de la lesión, sólo se utilizará el escobillón suministrado por el Laboratorio, contenido en el interior de tubo de vidrio. Este tubo contiene una atmósfera de Anhidrido Carbónico y está estanca de oxígeno, por lo cual se debe abrir el tubo en posición vertical y tomar la muestra con el escobillón a los 10 cm. del extremo superior, introduciendo en el tubo y cerrando herméticamente. No se procesarán aquellas muestras que vayan en tubos en los que el indicador haya virado de color, porque ello es indicación de manipulación defectuosa durante la toma de muestra.

**CONTENIDO.**—Recoger las heces recién emitidas con una espátula o depositar estéril e introducir en un frasco estéril suministrado por el Laboratorio o adquirido en una farmacia. Enviar al Laboratorio a la mayor brevedad y en caso de demora introducir en nevera (no congelar). Enviar al Laboratorio cualquier día laborable, de 9 a 10 de la mañana.

**ESTIBO PARASITOLÓGICO EN HECES:**

— Durante las 24-48 horas anteriores a la recogida de las heces la dieta será blanda, a base de pescado, purés, sémolas, tortilla, leche, etc. No se deberá ingerir verduras, hortalizas o frutas.

— Si las heces son líquidas (diarreas), la noche anterior a la recogida se tomará el contenido del sobre, facilitado en el Laboratorio (producto de Biogen) diluido en medio vaso de agua.

— Las heces se introducirán con una espátula de muestra (depositar en dos recipientes estériles, que se suministran en el Laboratorio) o que el paciente adquirirá en una farmacia.

— Uno de los frascos es para la recogida de heces tal como se hayan emitido (frasco A), que no contiene ningún producto preventivo.

— Otro de los frascos (frasco B) debe prepararse agregándole antes de introducir las heces el contenido del frasco C (no a la inversa) y después introducir en el frasco C con la mezcla de ambos líquidos una pequeña cantidad de heces (aproximadamente como un guisante).

— Deberán mandarse tres muestras consecutivas recogidas en días alternos, siendo enviadas al Laboratorio, de 9 a 10 de la mañana, cualquier día laborable, excepto sábados y festivos.

**NOTA:** En caso de que se desee la investigación especial de Oxiuros (*Enterobius vermicularis*) se deberá indicar al Laboratorio para que suministre un portahojetas con una cinta adhesiva tras parente (Pico Scotchape) sobre el portahojetas (tertal). Para tomar la muestra a primera hora de la mañana, después de la cistid adherida del cristal y aplicar sobre las matrones del ano realizando una presión suave, retirar y colocar de nuevo sobre el portahojetas (tertal).

**MICOSIS SUPERFICIALES**

Las muestras para la investigación de Micosis superficiales serán tomadas por personal del Laboratorio con el fin de tomar la cantidad de muestra suficiente y de las zonas que creen oportuno el personal del Laboratorio. Para ello, enviar al paciente de 9 a 10 de la mañana.

Fig. 7.12.

INFORME DE MICROBIOLOGIA. A4 Papel autocopio.

Juego de 5 hojas.

Hoja nº 5. Amarilla. Reverso.

f, g y h.- Informes de Laboratorio de Hematología y  
Química clínica.

- Recuento, fórmula y velocidad de sedimentación.
- Química hemática, enzimas y funcionalismo hepático.
- Coagulación sanguínea.

En todos ellos el encabezamiento es el mismo y consta de Departamento que solicita, nombre y apellidos del paciente, Nº de historia clínica, policlínica, fecha y firma del solicitante (médico).

Presentan una parte central donde se anotan los resultados obtenidos en los diferentes análisis practicados. Y los pies de página van con unas observaciones del analista, firmados y fechados por éste.

Todos están realizados en hojas de papel normalizado tipo Din A4 y cada uno presenta diferente color. El informe del recuento, fórmula y velocidad de sedimentación tiene un color rosa y no presenta copia. El informe de química hemática, enzimas y funcionalismo hepático

tiene dos copias, la primera de ellas de color blanco y la segunda amarilla. Por último, el informe sobre coagulación sanguínea tiene dos copias la primera de ellas es de color salmón y la segunda blanca.

Se utilizan los Informes de Laboratorio del Hospital Clínico Universitario. (Fig. 7.13 , 7.14 , 7.15 y 7.16).



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO  
FACULTAD DE MEDICINA  
VALENCIA

SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA MEDICA

Prof. Dr. Javier García-Conde Bru

LABORATORIO

SOLICITUD DE ANALISIS

NO URGENTE

Departamento \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Enfermo \_\_\_\_\_ Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
 Sala \_\_\_\_\_ Cama n.º \_\_\_\_\_ Historia n.º \_\_\_\_\_  
 Policlínica: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

EXAMEN SOLICITADO: SANGRE

Recuentos:  Hematíes  Leucocitos  Plaquetas   
 Fórmula Leucocitaria  V. de Sedimentación

CONTROL HEMOGRAMAS: Hemogramas anteriores  Sí  No

ULTIMO HEMOGRAMA REALIZADO: Fecha \_\_\_\_\_  Urgente  No urgente

RESULTADOS:

Rto. Hematíes:  Normal  Anemia  Poliglobulia  
 Rto. Leucocitos:  Normal  Leucocitosis  Leucopenia  
 Fórmula Leucocitaria:  Normal  Patológica  
 Rto. Plaquetas:  Normal  Trombocitosis  Trombopenia

CAUSAS QUE JUSTIFICAN LA PETICION:

Ingreso  Alta  Terapéutica Mielodepresora  
 Otras

OBSERVACIONES:

Fig. 7.13.

INFORME DE LABORATORIO (HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA MEDICA).

A4 Papel autocopia. Juego de dos hojas. Hoja nº 1 blanca.

Hoja nº 2 rosa.



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO  
FACULTAD DE MEDICINA  
VALENCIA

SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA

Prof. Dr. Javier García-Conde Bru

LABORATORIO

SOLICITUD DE ANALISIS

NO URGENTE

Departamento: ..... Fecha: .....  
 Nombre del Enfermo: ..... Nombre del Médico: .....  
 Sala ..... Cama n.º ..... Historia n.º .....  
 Policlínica: ..... Firma: .....

Antecedentes y datos clínicos de interés: .....

Tiempo de Hemorragia Duke ..... Ivy .....  
 Tiempo de Coagulación ..... Retracción Coágulo .....  
 Número de Plaquetas ..... Morfología .....  
 Tiempo de Recalcificación Howell e/t ..... Tiempo Tromboplastina parcial e/t .....  
 Tiempo de Protrombina e/t ..... Índice de Quick .....  
 Tiempo de Trombina e/t ..... Tiempo de reptilase e/t .....  
 Fibrinógeno gr/l ..... PDF .....  
 Lisis de Euginbulinas ..... Factor XIII .....  
 Test de Paracoagulación .....  
 Determinación de Factores .....  
 Anticoagulantes circulantes .....

Nombre del Técnico: .....

Fecha ..... Hora .....

Firma del analista .....

H. U. 599

Fig. 7.14.

INFORME DE LABORATORIO (HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA).

A4. Papel autocopia. Juego de dos hojas. Haja nº 1 blanca.

Hoja nº 2, rosa.



NO URGENTE

Departamento .....  
 Nombre del enfermo ..... C. n.º .....  
 Sección .....  
 Policlínica ..... Sala ..... Cama ..... HISTORIA N.º .....  
 Fecha ..... Hora .....  
 Nombre del Médico .....  
 Firma .....

Química Hemática	
Glucosa	mg/100 ml
Urea	mg/100 ml
Sodio	mEq/L
Potasio	mEq/L
Cloruros	mEq/L
Calcio	mg/100 ml
Fósforo	mg/100 ml
Acido Úrico	mg/100 ml
Creatinina	mg/100 ml
Proteínas Totales	g/100 ml
Lípidos Totales	mg/100 ml
Coolesterol Total	mg/100 ml
Triglicéridos	mg/100 ml
Fosfolípidos	mg/100 ml
T4	mcg/100 ml
Hierro Sérico	mcg/100 ml

Enzimas	
T. G. O.	mU/ml
T. G. P.	mU/ml
Fosfat. Alcalinas	mU/ml
Fosfat. Ácidas	mU/ml
L. D. H.	mU/ml
C. P. K.	mU/ml
Aldolasa	mU/ml
Lipasa	mU/ml
Amilasa	mU/ml

Funcionalismo Hepático	
Bilirub. Libre	mg/100 ml
Bilirub. Conjug.	mg/100 ml
Bilirub. Total	mg/100 ml
B. S. P. 45'	*
Kunkel	U. T.
Mc Lagan	U. T.

Anotaciones del Analista: .....

Nombre del Técnico: ..... Fecha ..... Hora .....

Firma del analista

II. U. 279

Fig. 7.15.

INFORME DE LABORATORIO (QUIMICA CLINICA).

A4. Papel autocopia. Juego de dos hojas.

Hoja nº 1 blanca, hoja nº 2, amarilla.

**NO URGENTE**

Departamento \_\_\_\_\_

Nombre del enfermo: \_\_\_\_\_ C. n.º \_\_\_\_\_

Sección \_\_\_\_\_

Policlínica \_\_\_\_\_ Sala \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_ HISTORIA N.º \_\_\_\_\_

**DATOS CLINICOS QUE JUSTIFICAN LA PETICION**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ANALISIS PEDIDOS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RESULTADOS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Técnico: \_\_\_\_\_

Firma del analista \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

N. U. 211

Fig. 7.16.

INFORME DE LABORATORIO (QUIMICA CLINICA).

A4. Papel autocopia. Juego de dos hojas.

Hoja nº 1 blanca, hoja nº 2 amarilla.

i.- Informe de Laboratorio de Orina y Heces.

Es muy similar al informe de laboratorio de sangre. Presenta el mismo encabezamiento; con una parte central donde vienen los datos de orina y heces que se quieren pedir. Y en un lateral izquierdo aparece un espacio para hacer anotaciones el analista, y finalmente al pie de página se firma y se fecha por el analista.

Al igual que informes anteriores tiene dos copias, o bien, original y copia. El original es de color blanco y la copia amarilla.

Confeccionadas en hojas de papel estandarizado tipo Din A4.

Este informe es el mismo que se utiliza en el Hospital Clínico Universitario de Valencia (Fig. 7.17)



j.- Informe Anatómico-Patológico.

Al igual que el de microbiología está formado por tres hojas, las dos primeras que tienen un tamaño menor y en donde sólo va la cabecera (apellidos, nombre, policlínica, fecha de nacimiento, médico, fecha y firma). Ambas son blancas (Fig. 7.18).

Una tercera hoja, también de color blanco, en que además de llevar el mismo encabezamiento que las dos hojas anteriores, tiene una serie de apartados sobre Datos clínicos, diagnóstico, preoperatorio, hallazgos operatorios, diagnóstico postoperatorio. Cirujano, Pieza, fecha y firma.

En el lateral izquierdo lleva unos apartados por si se trata de biopsia hepática, biopsia renal, biopsia ginecológica, etc..

Por su cara posterior tienen fundamentalmente tres partes, una descripción macroscópica de la pieza, una descripción de la pieza microscópica y un diagnóstico. Al final va firmada y fechada por el médico que ha realizado el estudio (Fig. 7.19).

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 VALENCIA

N.º

Anat. Pat.

Apellidos .....  
 Nombre .....  
 Fecha nacimiento .....  
 N.º de Historia .....

Departamento de Anatomía Patológica  
 Servicio de Histopatología y Citología

**PETICION DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO**

Departamento .....  
 Sala ..... Cama .....  
 Dr. ....

Edad .....  
 Estado .....

DATOS CLINICOS PERTINENTES:

TRATAMIENTOS QUE PUEDAN MODIFICAR LA HISTOLOGIA:  
 (Radiaciones, Hormonas, Citostáticos, etc.)

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:

TIPO DE OPERACION:

HALLAZGOS OPERATORIOS:

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO:

CIRUJANO: Dr.

PIEZA:

Persona que llena este Impreso:

..... de ..... de 19 .....

**BIOPSIA HEPATICA**

Ictericia: ..... Ascitis: .....  
 Bilirrubina: dir.: ..... Ind.: .....  
 Henger: ..... Kunkel: ..... McLagen: .....  
 GOT: ..... GPT: ..... Bromosulf.: .....  
 Globulinas: .....  
 Otros datos: .....

**BIOPSIA RENAL**

Tensión arterial: .....  
 Edemas: .....  
 Urea en sangre: .....  
 Densidad: ..... Reacción: .....  
 Albuminuria: ..... Piuria: .....  
 Cilindruria: ..... Hematuria: .....  
 Glucosuria: ..... Colesterina: .....  
 Otros datos: .....

**BIOPSIA GINECOLOGICA  
 (o CITOLOGIA VAGINAL)**

Menarquia: ..... Menopausia .....  
 Tipo de ciclo: .....  
 Ultimo día del ciclo: .....  
 Metrorragias: .....  
 Tratamiento hormonal: .....  
 Otros datos: .....

H. U. 414

Fig. 7.18.

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO.

A4. Papel blanco. Anverso.

PARA USO INTERIOR DEL SERVICIO DE HISTOPATOLOGIA Y CITOLOGIA					
NUMERO DE ENTRADA	FIJACION ESPECIAL	FOTOGRAFIA	DECALCIFICACION	TINCIONES ESPECIALES	NUEVOS COSTES
PIEZAS DEL MISMO PACIENTE REGISTRADAS EN NUESTRO ARCHIVO					
NUMERO	DIAGNOSTICO	NUMERO	DIAGNOSTICO		
MACRO:					LLENENSE TODOS LOS DATOS CON LETRA DE MOLDE SI LA CURSIVA NO ES MUY CLARA
MICRO:					
DIAGNÓSTICO:				DR.	
				FECHA:	
FICHESE EN:					

Fig. 7.19.

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO.

A4. Papel blanco. Reverso.

7.4.2.- Estudio de documentos, ficheros y estadísticas de los diferentes Servicios de la Escuela de Estomatología de Valencia.

El tipo de organización, que se lleva en los diferentes Servicios de la Escuela de Estomatología de Valencia, podrá variar de un Servicio a otro dependiendo de las características peculiares de cada uno, pero debe responder en todos los casos, a la idea primaria, a uno de los fines fundamentales de la Escuela que es la curación de los pacientes que a ella acuden. El otro fin primordial es la formación de nuevos especialistas en Estomatología.

El mantenimiento y la puesta al día de todos los documentos, ficheros y estadísticas requiere la participación, en mayor o menor grado, de todos los miembros componentes de los Servicios y en definitiva de la Escuela. Para que tenga un adecuado funcionamiento es necesario asignar la responsabilidad de su mantenimiento a determinadas personas, que deberán organizar todo el sistema de información, cuidar los registros médicos y mantenerlos constantemente a disposición del usuario. Generalmente las funciones de mantenimiento del sistema de



información corresponden al personal administrativo de la Escuela de Estomatología de Valencia.

Se ha realizado un estudio completo de todos los documentos, tipos de ficheros y estadísticas que se realizan en la Escuela de Estomatología de Valencia. Una síntesis del resultado de este estudio puede verse en la Tabla 7.20.

De la observación de la Tabla de documentos, ficheros y estadísticas de los diferentes Servicios de la Escuela de Estomatología de Valencia, se deduce:

Existen 4 grandes tipos de documentos, de los cuales se destaca que:

- La organización de la información clínica no es homogénea ni está normalizada en el conjunto de la Escuela.
- Hay una historia clínica distinta para cada Servicio.

En definitiva, no hay una historia clínica única, ni un índice general de pacientes, ni un índice de diagnósticos centralizado y unificado.

TABLA 7.20

Tabla de documentos, ficheros y estadísticas de los diferentes Servicios de la Escuela de Estomatología de Valencia.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	Cirugía Oral.	Prótesis I.	Odontología.	Endodoncia.	Pat. Médica.	Periodoncia.	Oclusión.	Prótesis II.	Ortodoncia.	Estomatología Infantil.	TOTAL.	
DOCUMENTOS	Ficha filiación	x	x	x		x	x	x	x		8	
	Ficha de diagnóstico	x				x					2	
	Fichas de diagnóstico y plan de tratamiento							x	x		2	
	Historia clínica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10	
FICHEROS	HªCª por nº único	x	x		x						3	
	HªCª por año/nº			x				x	x	x	4	
	HªCª por alfabeto						x	x			2	
	HªCª por número correlativo				x						1	
	Fichas diagnóstico por orden alfabético	x				x					2	
	Fichas filiación por orden alfabético	x	x	x		x	x	x	x		8	
	Libro de biopsias					x					1	
	Indice general de pacientes		No se	leva	en	la	E.E.					
	Anotaciones económicas		x						x	x		3
	HªCª antigua Fichero aparte		x	x								2
Realizan estadísticas	x				?				?	?	1	

(?) Significa que aunque no se realizan estadísticas, podrían hacerlo.

Y además destacar que de los 10 Servicios:

- |  |   |
|--|---|
| - Sólo usan fichas y ficheros por diagnósticos en ...  | 2 |
| - Sólo fichero de índice de pacientes (FIP) en .....   | 8 |
| - Sólo hacen uso de un documento de planes<br>terapéuticos en .....                                    | 2 |
| - Sólo tienen un libro de biopsias en uno de los<br>casos, aunque no es el único que las realiza ..... | 1 |

Con esto observamos que sólo DOS Servicios pueden hacer recuperación de información por índice de diagnóstico y OCHO la recuperación de la información la pueden hacer por identificación del paciente.

Otra observación que hacemos al examinar la tabla es que en la Escuela de Estomatología hay 4 formas distintas de organizar el archivado de las historias clínicas, de modo que:

- |   |   |            |
|---|---|------------|
| - Lo hacen por número único en .....      | 3 | Servicios. |
| - Lo hacen por año/número en .....        | 4 | Servicios. |
| - Lo hacen por orden alfabético en .....  | 2 | "          |
| - Lo hacen por número correlativo en .... | 1 | "          |

---

TOTAL            10 Servicios.

Existen por tanto tres tamaños distintos de fichas de filiación.

Todas las fichas de filiación, de los 8 Servicios que las realizan, coinciden en su encabezamiento: apellidos, nombre y nº de historia clínica. Donde ya no coinciden es en el resto de los datos que se reflejan en las mismas, por ejemplo:

- En 1 se recoge fecha de la primera visita.
- En 1 se recoge nombre del médico que lo trató.
- En 1 se recoge dirección, teléfono y fecha de nacimiento.
- En 3 no se recoge ningún dato más.
- En 2 se recoge dirección y teléfono únicamente.

Todos los ficheros de filiación se ordenan por orden alfabético.

b.- Descripción de documentos y ficheros.

1.- SERVICIO DE CIRUGIA ORAL.

1.a. Historia clínica

Se describirá en el siguiente apartado.

1.b. Fichas.

- Fichas diagnóstico:

- Figura el diagnóstico, en la parte superior izquierda de la ficha, el N° de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> y al pie de la ficha, apellidos y nombre.
- Tiene un tamaño de 15 x 10 cm y está confeccionada en cartulina.

- Fichas de filiación:

- Figuran apellidos y nombre en la parte superior de la ficha y el n° de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>. También figura la fecha de la primera consulta.
- Tamaño de 15 x 10 cm. confeccionada en cartulina.

**1.c. Ficheros.**

- Fichero de diagnóstico.
- Contienen las fichas de diagnóstico y los ordenan por orden alfabético.
  
- Ficheros de pacientes.
- Contienen las fichas de filiación, ordenadas por orden alfabético.
  
- Además tienen un libro de citas diarias de pacientes.

**1.d. Estadísticas.**

- Se confeccionan estadísticas, pero hablaremos de ellas en el capítulo correspondiente.

## 2.- SERVICIO DE PROTESIS REMOVIBLE (I).

### 2.a. Documento primario.

Se describe en el siguiente apartado.

### 2.b. Fichas.

- Fichas de filiación
- Figuran apellidos, nombre y N° de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> en la parte central de la ficha. Debajo aparece el nombre del médico que ha tratado al paciente.
- Confeccionadas en cartulina blanca, de tamaño 12,5 x 7,5 cm.

### 2.c. Ficheros.

- Fichero de Filiación.
- Contienen una ficha por cada paciente y se ordenan de forma alfabética.
- Además tienen un libro de pacientes ordenado numericamente de forma correlativa, según el número de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>. En este libro también se anotan: debe y haber, nombre y dirección del paciente, tratamiento seguido, médico que lleva al paciente y N° de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>.

**2.d. Estadísticas.**

No se hacen estadísticas de ningún tipo.



### 3.- SERVICIO DE ODONTOLOGIA CONSERVADORA.

#### 3.a. Documento primario.

Como los anteriores se estudiará en el siguiente capítulo.

#### 3.b. Fichas.

- Fichas de filiación.

-- Se anota apellidos y nombre del paciente y Nº de HªCª en la parte superior de la ficha. Más abajo se anota dirección, fecha de nacimiento y teléfono.

-- Están confeccionadas en cartulina blanca, tienen un tamaño de 15 x 10 cm.

#### 3.c. Ficheros.

- Fichero de filiación.

-- Hay una ficha por paciente visto en el Servicio y están ordenadas alfabéticamente.

#### 3.d. Estadísticas.

No se hacen.

4.- SERVICIO DE ENDODONCIA.

4.a. Documento primario.

Se describirá en el siguiente apartado.

4.b. Fichas.

No tienen.

4.c. Ficheros.

No tienen. Sí para las historias.

4.d. Estadísticas.

No se hacen.

## 5.- SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA MEDICA.

### 5.a. Documento primario.

Lo veremos en el capítulo siguiente.

### 5.b. Fichas.

- Fichas de diagnósticos.

-- Se anotan apellidos, nombre y N° de H<sup>a</sup>Ca<sup>a</sup> en la parte superior. A continuación se anota el diagnóstico. Posteriormente se anota si se han realizado diapositivas del caso, si se han realizado condilografías y otras exploraciones.

-- Son fichas confeccionadas en cartulina blanca, ya impresas en imprenta y de tamaño 15 x 10 cm.

- Fichas de filiación.

-- Son las mismas fichas que se utilizan como fichas de diagnóstico.

### 5.c. Ficheros.

- Fichero de diagnóstico.

-- Contienen las fichas de diagnóstico y utilizan una ficha por diagnóstico, y los ordenan alfabéticamente.

- Fichero de filiación.

-- Contienen las fichas de filiación y se ordenan alfabéticamente.

- Tienen un libro donde anotan diariamente:

<u>Fecha</u>	<u>Apellidos y Nombre</u>	<u>Acto realizado</u>
		. Revisión....
		. Primera ....
		. Biopsia ....

- Tienen otro libro donde anotan las biopsias: fecha, Nº de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>, Nº del paciente, diagnóstico anatomo-patológico.

#### 5.d. Estadísticas.

- No se hacen, pero en caso de interés o de memoria anual se extraen datos de los libros citados.

## 6.- SERVICIO DE PERIODONCIA.

### 6.a. Documento primario.

Lo describiremos en el capítulo siguiente.

### 6.b. Fichas.

- Fichas de filiación.

-- Son las mismas fichas de filiación descritas para el Servicio de Estomatología médica.

### 6.c. Ficheros.

- Ficheros de filiación.

-- Se ordenan alfabéticamente.

### 6.d. Estadísticas.

No se hacen.

## 8.- SERVICIO DE PROTESIS FIJA (II).

### 8.a. Documento primario.

Se describirá en el siguiente capítulo.

### 8.b. Fichas.

#### - Fichas de filiación.

-- Se anota en su parte superior los apellidos y el número de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>. A continuación se anota el nombre.

-- Se confeccionan en cartulina blanca, tamaño 12,5 x 7,5 cm.

#### - Fichas diagnóstico-plan de tratamiento.

-- Estas fichas son parte integrante de la H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> en donde se anota el juicio diagnóstico y el plan de tratamiento a realizar.

### 8.c. Ficheros.

#### - Fichero de filiación o de pacientes.

-- Contienen las fichas de filiación que se ordenan alfabéticamente.

### 8.d. Estadísticas.

No se realizan.

## 9.- SERVICIO DE ORTODONCIA.

### 9.a. Documento primario.

Se describirá en el capítulo siguiente.

### 9.b. Fichas.

- Ficha de filiación-diagnóstico-tipo de tratamiento.

-- Se anota apellidos, nombre y N<sup>o</sup> de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> en su parte superior. A continuación se anota la dirección, teléfono y fecha. Seguidamente se anota el diagnóstico del caso y el plan de tratamiento a seguir.

-- Esta ficha se abre a todos los pacientes que son visitados por primera vez y en ella se anota:

.. Si hay que comenzar el tratamiento.

.. Si hay que esperar un tiempo para tratarlo.

.. Incluso quedan archivados aunque el paciente decida no tratarse, por su voluntad, o porque, no hay indicación médica de hacerlo.

- Está confeccionada en cartulina blanca, previamente impresa, con un tamaño de 20 x 12,5 cm.
- Ficha de filiación.
- En esta ficha se anota apellidos y nombre del paciente y número de H<sup>2</sup>C<sup>2</sup>. Debajo se anota su teléfono y dirección.
- Está confeccionada en cartulina, de color amarillo con un tamaño de 10 x 7 cm.
- Esta ficha sólo se hace al paciente que está en tratamiento.

#### 9.c. Ficheros.

- Ficheros diagnóstico y plan de tratamiento.
- Se archivan todos los pacientes vistos en la consulta de Ortodoncia, sean o no tratados.
- Se archivan por orden alfabético.
- Ficheros de filiación.
- Sólo se archivan los pacientes que están en tratamiento.
- Se ordenan alfabéticamente.

#### 9.d. Estadísticas.

No se hacen.



9.d. Estadísticas.

No se hacen.

10.- SERVICIO DE ODONTOPEDIATRIA.

10.a. Documento primario.

Se describirá en el siguiente capítulo.

10.b. Fichas.

No tienen.

10.c. Ficheros.

No tienen. Sólo de historias clínicas.

10.d. Estadísticas.

No se hacen.

c.- Descripción de Estadísticas realizadas en la Escuela de Estomatología de Valencia.

La Estadística es la ciencia que estudia los hechos económicos y sociales de una manera metódica, sobre la base de evaluaciones o datos numéricos.

La Estadística recoge, produce y valora los datos obtenidos. Esto ayuda a la organización médica y hace que se puedan introducir cambios que redunden en un mejor funcionamiento de la atención médica al usuario. También la Estadística contribuye a mejorar la investigación de los diferentes Servicios y Departamentos.

Las estadísticas elaboradas deben ser fidedignas y oportunas, y para ello deben participar todos los sectores hospitalarios, para lo cual deben utilizarse una serie de indicadores de uso hospitalario. Estos indicadores son una de las etapas finales lógicas del proceso de datos.

SAYTA SWARDOP (1964) menciona una serie de requerimientos para la confección de estos indicadores:

- Disponibilidad: los datos a investigar deben obtenerse sin investigaciones complejas.
- Cobertura: que establece que pueda aplicarse en forma similar a todas las estructuras de una región o país.
- Calidad de datos: no deben afectarse fácilmente por defectos de los registros.
- Simplicidad: que sea de fácil cálculo.
- Poder discriminatorio: capacidad para diferenciar matices dentro de una gama de discrepancias.
- Posibilidad de reproducirlos.
- Especificidad: capacidad de reaccionar ante los cambios que suceden en la característica médica.
- Han de proporcionar valores absolutos.

Actualmente de los diez Servicios existentes en la Escuela de Estomatología de Valencia, sólo realiza estadísticas uno de ellos, el Servicio de Cirugía Oral, hay otros que no realizan estadísticas de una forma sistemática, pero podrían hacerlo debido a la estructuración de sus ficheros y documentos. Estos últimos son los Servicios de Estomatología Médica, Ortodoncia y Odontopediatría.

El Servicio de Cirugía Oral, utiliza los indicadores siguientes:

- Nº de pacientes/días.
- Nº de extracciones dentales/día.
- Nº de cordales incluidos/año.
- Nº de caninos incluidos/año.
- Nº de quistes/año.
- Nº de tumores/año.
- etc..

Con los valores obtenidos realiza un diagrama de barras, reflejando en el eje de abscisas el diagnóstico del que se trate y en el eje de ordenadas el número de casos tratados.

7.4.3.- Historia Clínica. Tabla general de datos por historia clínica de especialidad en la Escuela de Estomatología de Valencia.

Se han confeccionado unas tablas en las que se recogen todos los datos que aportan cada una de las historias clínicas de la especialidad, en un total de diez, en cada uno de sus apartados (filiación, anamnesis, historia clínica general, historia psicológica, historia clínica bucal, exploración clínica bucal, diagnóstico, tratamiento, etc...). (Fig. 7.21)

Con estas tablas se pretende recopilar una serie de datos comunes a todas las historias, o más frecuentemente usados en la mayoría de las historias, y de esta forma unificar la recopilación de datos, evitando la duplicidad innecesaria de trabajo y facilitando la comparación de datos entre ellos.

En la realización de estas tablas se ha tenido que unificar criterios a la hora de la recolección de datos debido a la gran cantidad de sinónimos y polisemias existentes entre los datos de las diferentes historias.

Entre las historias de donde se han recogido los datos están:

- 1.- Cirugía Oral.
- 2.- Prótesis removible (I).
- 3.- Odontología Conservadora.
- 4.- Patología Médica Oral.
- 5.- Endodoncia.
- 6.- Periodoncia.
- 7.- Oclusión.
- 8.- Prótesis fija.
- 9.- Ortodoncia.
- 10.-Estomatología infantil.

Todos los datos obtenidos de las diferentes historias clínicas de especialidad de la Escuela de Estomatología de Valencia, los agrupamos de la siguiente forma:

<u>Nº datos.</u>	<u>Concepto.</u>
Del 1 al 32	Datos de filiación.
Del 33 al 37	Datos de anamnesis.
Del 38 al 107	Datos de Historia clínica general.
Del 108 al 113	Datos de Historia Psicológica.
Del 114 al 163	Datos de Historia clínica bucal.
Del 164 al 270	Datos de Exploración clínica bucal.





	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
22.- Nº S.S.			x								1
23.- Nombre familiar									x		1
24.- Nombre padre									x		1
25.- Nombre madre									x		1
26.- Nº dientes a tratar				x							1
27.- Lugar de nacimiento	x				x						2
28.- Nombre de su dentista									x		1
29.- Religión											-
30.- Nº hijos (Ver 41)									x		1
31.- Edad de los hijos									x		1
32.- Nombre de su médico											-
33.- Motivo consulta			x				x		x		3
34.- Anamnesis	x				x						2
35.- Especialidad Consultada							x				1
36.- Medicación					x		x				2
37.- Resultados					x		x				2
38.- Nº de hermanos									x		1
39.- ¿Qué nº hace?									x		1
40.- Embarazo			x					x	x		3
41.- Parto			x						x		2

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
42.- Peso al nacer									x		1
43.- Edad/andar			x						x		2
44.- Edad/hablar			x						x		2
45.- Edad/1º diente			x						x		2
46.- Parecido con?									x		1
47.- Menarquia									x		1
48.- El defecto lo tiene algún familiar									x		1
49.- El examen ortodón- cico lo ha aconsejado									x		1
50.- ¿Ha llevado algún aparato?									x		1
51.- Traumatismo cra- neofacial.							x		x		2
52.- Enfermedad actual Medicación			x						x	x	3
53.- Historia médica		x		x						x	3
54.- Antecedentes personales	x				x			x	x		4
55.- Antecedentes familiares	x							x			2
56.- ALERGIAS.	x		x		x			x	x	x	6
57.- Medicamentosas									x		
58.- Cutáneas									x		
59.- Respiratorias									x		
60.- Alimentarias									x		



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
84.- MUSCULAR									x		1
85.- ENDOCRINO	x				x			x	x	x	5
86.- Diabetes								x	x	x	3
87.- Obesidad									x		1
88.-Tiroides									x		1
89.- O.R.L.			x				x		x		3
90.- Amigdalitis			x						x		2
91.- Vegetaciones			x						x		2
92.- Otitis			x				x				2
93.- Sinusitis			x				x				2
94.- INFECCIOSAS.									x		1
95.- F. Reumática									x		1
96.- Sarampion									x		1
97.- Escarlatina									x		1
98.- Varicela									x		1
99.- Rubeola									x		1
100.- Tosferina									x		1
101 Parotiditis									x		1
102.- GENETICAS			x								1
103.- OTRAS ENFERMED.	x		x		x			x	x		5
104.- OPERACIONES.	x		x		x				x	x	5
105.- OBSERVACIONES.										x	1
106.- Actitud ante Tto.		2							x		2
107.- Medio ambiente			x						x		2
108.- Criterio Educacional									x		1





	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
160.- OTRAS									x		1
161.- OBSERVACIONES			x						x		2
162.- EX. CLINICA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
163.- SIGNOS VITALES											
164.- T.A.											
165.- Temperatura											
166.- Pulso											
167.- Resp/min.											
168.- ESTADO FISICO GENERAL.		x							x	x	3
169.- CABEZA.		x			x						2
170.- Pelo. (Color)		x									1
171.- CUELLO					x						1
172.- Adenopatias					x						1
173.- SIMETRIA FACIAL		x					x		x		3
174.- Simétrica							x				1
175.- Asimétrica							x		x		2
176.- Posic. antálgica							x				1
177.- Forma de la cara		x									1
178.- OJOS		x			x						2
179.- Color		x									1
180.- Mucosas					x						1
181.- LABIOS		x		x	x				x	x	5
182.- Tonicidad									x	x	2
183.- Nivel									x		1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
184.- Sellado labial									x		1
185.- Habitos lab.										x	1
186.- MUCOSA BUCAL Y VEST.		x		x	x		x		x		5
187.- Identación en pared yug.							x				1
188.- INSERCIÓN PERIF./FREN.				x					x		2
189.- LENGUA		x		x			x		x	x	5
190.- Tamaño		x							x		2
191.- Habitos									x		1
192.- PALADAR		x		x							2
193.- Torus palatino		x									1
194.- Area postdam		x									1
194.- Tipo		x									1
195.- SUELO DE BOCA											
196.- GLAND. SALIVARES											
197.- SALIVA		x									1
198.- Tipo		x									1
199.- Sialorrea		x									1
200.- ENCIAS				x			x	x	x	x	5
201.- Color							x	x	x		3
202.- Consistencia								x			1
203.- Exudado								x	x		2
204.- Hemorragias							x	x	x		3



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
205.- DIENTES		x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
-----											
206.- Ausencias						x	x	x		x	4
207.- Movilidad				x		x	x	x			4
208.- Percusión			x	x			x				3
209.- Vitalidad			x	x			x		x		4
210.- Atricción											
211.- Abrasión											
212.- Erosión											
213.- Fracturas							x		x		2
214.- Hipoplasias									x		1
215.- Coloraciones									x		1
216.- Obturados									x		1
217.- Color			x								1
218.- Restaur. deficit.											
219.- Caries		x	x	x			x		x	x	6
220.- Extrusión						x	x	x			3
221.- Mesialización						x	x				2
222.- Lesión furca						x					1
223.- Retenidos								x			1
224.- Intrusión								x			1
225.- Tamaño											
226.- Forma											
227.- Desvitalizados									x		1
228.- Empaquetamiento						x	x				2
229.- Otros			x							x	2
230.- Odontogramas			x				x		x	x	4
231.- Agenesias									x		1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
232.- OCLUSIÓN							x	x	x	x	4
233.- Contrac. Premat. Centrica.							x	x			2
234.- Desliz. en cen- trica.							x	x	x		3
235.- Infert. trabajo							x	x			2
236.- Interf. balanceo							x	x			2
237.- Interf. protusiva							x	x			2
238.- C.Angle Molar		x					x	x	x		4
239.- C. Angle Incisivo		x					x	x	x		4
240.- Resalte							x		x		2
241.- Mordida cruz ant.									x		1
242.- Mordida abierta							x		x		2
243.- Sobremordida							x		x		2
244.- Mord. cruz lateral							x		x		2
245.- Desv. mandibular							x				1
246.- Desv. línea med.							x		x		2
247.- Asimetrías							x				1
248.- Facetas desgaste							x	x			2
249.- Diastemas									x		1
250.- Apiñamiento									x		1
251.- A.T.M.		x					x	x			3
252.- Palpación dolor en músc. masticadores							x				1
253.- Ruidos articul.							x				1
254.- Recorrido cond.							x	x			1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
255.- ZONAS EDENTULAS		x									1
256.- Reabsorción		x									1
257.- Tolerancia tisular		x									1
258.- Esp. intermaxilar		x									1
259.- Hueso alveol. res.		x									1
260.- Zona sublingual		x									1
261.- Rodetes retromolar.		x									1
262.- Tiempo que faltan dientes.		x									1
263.- HIGIENE BUCAL		x	x			x	x	x	x	x	7
264.- I. Placa						x			x		2
265.- I. Gingivitis									x		1
266.- Sarro			x					x	x		3
267.- PORTAD. PROTESIS		x			x	x		x			4
268.- Completa								x			1
269.- Fija						x		x			2
270.- Parcial								x			1

A continuación veremos una tabla con la distribución del número de datos por secciones de las diez historias clínicas de la Escuela de Estomatología de Valencia (Tabla 7.22).

Igualmente veremos una serie de datos que se obtienen al analizar detenidamente la tabla citada.

En las tablas nº 7.23 al 7.30 se observan los datos que se repiten en las historias clínicas, expresando el número de ellos y el detalle de estos datos en cada cuadro.

En la tabla 7.31 se observan los datos que se repiten en las historias clínicas, agrupados por secciones. De esta forma además de conocer el número de datos que se repiten, conocemos también en las secciones de las historias clínicas en que se repiten (filiación anamnesis, historia clínica general, etc...).

Tabla 7.22.

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE DATOS POR SECCIONES DE LAS DIEZ HISTORIAS CLINICASDE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE VALENCIA.

DATOS DE Nº H <sup>2</sup> C <sup>2</sup>	FILIACION	ANAMNESIS	H <sup>2</sup> C <sup>2</sup> GENERAL	H <sup>2</sup> C <sup>2</sup> PSICOLOGICA	H <sup>2</sup> C <sup>2</sup> BUCAL	EXPLORACION CLINICA BUCAL	TOTAL DATOS POR H <sup>2</sup> C <sup>2</sup>	COMENTARIOS
1 CIRUGIA ORAL	13	1	10	0	0	1	25	
2 PROTESIS I	7	0	1	4	5	34	51	
3 ODONT. CONS.	15	1	29	1	13	10	69	
4 P. M. ORAL	7	0	1	0	4	12	24	No carece de anamnesis pero en la H <sup>2</sup> C <sup>2</sup> no aparece como tal.
5 ENDODONCIA	12	3	11	0	0	10	36	
6 PERIODONCIA	4	0	0	0	0	13	17	
7 OCLUSION	9	4	10	0	6	43	72	
8 PROTESIS II	9	0	17	0	7	29	62	
9 ORTODONCIA	18	1	50	4	19	43	135	
10 ODONTOPEDIAT	13	0	17	0	1	14	45	



TABLA 7.24

DATOS QUE SE REPITEN EN NUEVE DE LAS DIEZ H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>.Filiación.

- Se repite sólo            1        Número de teléfono.

Expl. Clínica Bucal.

- Se repite sólo            1        Expl. Clínica Dental.

---

TOTAL            2

TABLA 7.25

DATOS QUE SE REPITEN EN OCHO DE LAS DIEZ HªCª.Filiación.

- Se repiten sólo                    2                    Nº HªCª y Domicilio.

---

TOTAL                    2



TABLA 7.26

DATOS QUE SE REPITEN EN SIETE DE LAS DIEZ HªCª.Filiación.

- Se repite sólo	2	Edad (F. de nacimiento) y fecha 1ª asistencia.
------------------	---	---

HªCª General.

- Se repite sólo	1	Hª médica o antecedentes personales.
------------------	---	---

Expl. Clínica Bucal.

- Se repite sólo	1	Higiene Bucal.
------------------	---	----------------

---

TOTAL	4	
-------	---	--

TABLA 7.27

DATOS QUE SE REPITEN EN SEIS DE LAS DIEZ H<sup>a</sup>Ca.Filiación.

- Se repiten sólo	2	Ciudad y remitido por:
-------------------	---	------------------------

H<sup>a</sup>Ca General.

- Se repiten sólo	3	Alergias, Cardiocirculato- rio y Digestivo.
-------------------	---	--

Expl. Clínica Bucal.

- Se repite sólo	1	Caries.
------------------	---	---------

	6	
TOTAL		

TABLA 7.28

DATOS QUE SE REPITEN EN CINCO DE LAS DIEZ HªCª.Filiación.

- Se repite sólo	1	Prof. encargado.
------------------	---	------------------

HªCª General.

- Se repiten sólo	5	Genitourinario, sangre, endocrino y otras enfermedades.
-------------------	---	---

Expl. Clínica Bucal.

- Se repiten sólo	4	Labios, mucosas, lengua y encías.
-------------------	---	-----------------------------------

TOTAL	10	
-------	----	--

TABLA 7.29

DATOS QUE SE REPITEN EN CUATRO DE LAS DIEZ HªCª.Filiación.

- Se repite sólo                    1      Provincia.

HªCª General.

- Se repiten sólo                    3      S. Nervioso. Osteoarticu-  
lar y respiratorio.

HªCª Dental.

- Se repiten sólo                    3      Higiene oral, hábitos y  
bruxismo.

Expl. Clínica Bucal.

- Se repiten sólo                    7      Ausencias dent.,movilidad  
dent. Vitalidad, Odontogra-  
ma, Oclusión, clases de An-  
gle en incisivos y molares  
y Portadores de prótesis.

---

TOTAL                    14

TABLA 7.30

DATOS QUE SE REPITEN EN TRES DE LAS DIEZ H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>.

Los veremos en la Tabla resumen siguiente.

DATOS QUE SE REPITEN EN DOS DE LAS DIEZ H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>.

Los veremos en la Tabla resumen siguiente.

TABLA 7.31 DATOS AGRUPADOS POR SECCIONES, QUE SE REPITEN EN LAS HISTORIAS CLINICAS.

DATOS QUE SE REPITEN EN :	FILIACION	ANAMNESIS	H <sup>a</sup> C <sup>a</sup> GENERAL	H <sup>a</sup> C <sup>a</sup> PSICOLOGICA	H <sup>a</sup> C <sup>a</sup> BUCAL	EXPLORACION CLINICA BUCAL	TOTAL DE DATOS QUE SE REPITEN
10 H <sup>a</sup> C <sup>a</sup>	2	-	-	-	-	1	3
9 H <sup>a</sup> C <sup>a</sup>	1	-	-	-	-	1	2
8 H <sup>a</sup> C <sup>a</sup>	2	-	-	-	-	-	2
7 H <sup>a</sup> C <sup>a</sup>	2	-	1	-	-	1	4
6 H <sup>a</sup> C <sup>a</sup>	2	-	3	-	-	1	6
5 H <sup>a</sup> C <sup>a</sup>	1	-	5	-	-	4	10
4 H <sup>a</sup> C <sup>a</sup>	1	-	3	-	3	7	14
3 H <sup>a</sup> C <sup>a</sup>	5	1	6	-	1	9	22
2 H <sup>a</sup> C <sup>a</sup>	1	3	13	3	10	24	54

Al examinar esta última tabla observamos que:

- 1.- No hay unanimidad en la recogida de datos de filiación en los diferentes Servicios de la Escuela de Estomatología de Valencia.
- 2.- La anamnesis no figura como tal en cinco, lo que significa que no la realizan. Es por ello que hay una falta de ordenamiento al realizar y escribir los datos en la historia clínica.
- 3.- La historia clínica general y bucal no parece preocupar en exceso a los médicos de la Escuela de Estomatología de Valencia, ya que los datos recogidos no coinciden en la mayoría de los casos.
- 4.- Lo mismo ocurre con los datos recogidos en la historia clínica psicológico-ambiental, ya que son pocos y además sólo se recogen en dos de las diez historias.
- 5.- En cuanto a la exploración clínica bucal parece ser el dato más buscado, dentro de la historia clínica, por los dentistas, junto a la filiación.

b.- Descripción de los modelos de historia clínica.

Una vez vistas las tablas que nos muestran los datos comunes y los no coincidentes entre los diez modelos diferentes de historias existentes en la Escuela de Estomatología de Valencia, pasamos a hacer una descripción detallada de cada uno de los modelos de historia indicados.

Para una mejor comprensión del lector vamos a sistematizar la descripción de cada uno de los modelos de historia clínica, al igual que se ha hecho en las tablas indicadas; teniendo en cuenta que en la sección de diagnóstico los documentos utilizados ya han sido descritos en el apartado "Descripción de documentos generales". Estos documentos son los pertenecientes a laboratorio, anatomía patológica, microbiología, radiología, etc., que son comunes a todos los Servicios de la Escuela y que son los utilizados en el Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Una vez descritos los documentos de cada uno de los Servicios, procederemos a valorar la normalización de los mismos, y otro aspecto a tener en cuenta es la



conservación de los documentos. Actualmente en la Escuela de Estomatología de Valencia, en sus diferentes Servicios, aún no es problema agobiante la conservación de las historias clínicas, si tenemos en cuenta que es una institución joven, que sólo lleva funcionando desde el curso 1978-79, aunque como ya hemos indicado en la tabla número 7.20 los Servicios de Prótesis I y Odontología guardan sus historias clínicas antiguas en ficheros inactivos.

Al final de este apartado aparece la tabla 7.32 en la que se resumen determinadas características (tamaño, tipo de material, color, forma de archivado, etc...) de las historias clínicas de los diferentes Servicios de la Escuela de Estomatología de Valencia.

1.- HISTORIA CLINICA DE CIRUGIA ORAL.

- Hoja de identificación y estadística.

No tienen. La identificación del paciente y número de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> forma parte del encabezamiento de la Sección Médica.

- Sección medica y odontológica.

-- Informe de Petición de Consulta o de Informe de especialidad, o bien, el modelo de propuestas para las "Consultas Externas" (Informes ya descritos anteriormente).

-- Anamnesis.

-- Antecedentes personales.

-- Antecedentes familiares.

-- Exploración clínica.

- Sección de diagnóstico.

-- Diagnóstico.

-- Todos los modelos de laboratorio.

-- Informe de radiología.

-- Informe de Anatomía-patológica.

- Sección de tratamiento.

-- Hoja de evolución, donde se anota el tratamiento, indicaciones al paciente.

El formulario de esta historia clínica consta de dos hojas de color blanco, sin tener en cuenta los modelos o informes de laboratorio, etc.. ya descritos, una de ella tiene tamaño estandar (S. de tratamiento) y la otra es de mayor tamaño.

Todos estos formularios indicados se guardan dentro de un sobre normalizado A3. Este sobre es usado por el Hospital Clínico Universitario y en él figura, en el ángulo superior izquierdo la H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, en el ángulo superior derecho figura el nombre del Hospital al que pertenece y su anagrama. En la parte central aparecen las inscripciones: apellidos, nombre y diagnóstico. Por último en la parte inferior derecha del sobre está la fecha.

Todas las historias clínicas quedan archivadas en ficheros con cajones. Se archivan por orden numérico único. Las historias antiguas no se separan a ficheros inactivos.

El fichero de cajones es empleado con frecuencia en el caso de archivos descentralizados. Encontrándose a menudo en los Hospitales donde cada Servicio guarda sus propias historias. Esta clase de mueble resulta apropiado para proteger la documentación, en lo que respecta a la reserva de su contenido y a los efectos de los agentes físicos que pueden deteriorarla. No es recomendable para archivar historias cuando el espacio es pequeño y el movimiento es muy grande. En este caso son preferibles las estanterías (FERRERO,1973).

## 2.- HISTORIA CLINICA DE PROTESIS REMOVIBLE (I).

### - Hoja de identificación y estadística.

Carecen de ella en el Servicio. La identificación del paciente forma parte del encabezamiento de la hoja de historia.

### - Sección odontológica y médica.

Forman parte de esta Sección los informes:

- Petición de Consulta o Informe de Especialidad.
- Propuesta para las "Consultas Externas".
- Estado general.
- Exploración clínica.
- Antecedentes personales bucales.

En el modelo de historia clínica utilizado en el Servicio de Prótesis removible se presentan una serie de preguntas sobre exploración, historia bucal del paciente, exploración clínica, etc., a las que hay que contestar marcando con una cruz la respuesta válida. Es un modelo de historia clínica cerrado.

El formulario de esta HªCª consta de una hoja de cartulina de color blanco, que no tiene un modelo estandar A4, siendo algo mayor.

Al describir los modelos de documentos que forman parte de la historia clínica no tenemos en cuenta los documentos generales de laboratorio, radiología, etc., ya descritos anteriormente.

Todos los modelos anteriormente reseñados se guardan dentro de un sobre que tiene tamaño inferior al A3 utilizados por otros Servicios.

En esta sobre figura en su parte central nombre y apellidos del paciente, teléfono, domicilio y diagnóstico. En su parte superior está el Nº de HªCª y el anagrama de la Facultad de Medicina, y debajo de éste la CATEDRA PROTESIS I.

Todas las historias clínicas se archivan por orden numérico único. Las historias clínicas antiguas pasan a formar parte de un fichero o archivo inactivo dentro de la memoria pasiva. Los archivos utilizados son ficheros de cajones. Archivándose dentro del mismo Servicio.

### 3.- HISTORIA CLINICA DE ODONTOLOGIA CONSERVADORA

- Hoja de identificación y estadística.

Como los Servicios citados anteriormente carece de ella. En el encabezamiento de la primera hoja del formulario de la historia clínica aparece la filiación y número de H<sup>2</sup>C<sup>2</sup>.

- Sección de odontología y médica.

Forman parte de esta sección:

- Petición de Consulta o Informe de Especialidad.
- Diagrama odontológico donde se reflejan todos los dientes tanto caducos como permanentes.
- Antecedentes personales.
- Ficha resumen.

- Sección de diagnóstico.

- Hay una hoja donde aparece el tipo de caries, tipo de dolor, etc..
- Radiología
- Analítica si es necesaria.

- Sección de tratamiento.

-- Hay una hoja que es la misma que aparece en la sección de diagnóstico donde se anota el tipo de tratamiento realizado al paciente y el médico que lo realiza.

Esta historia clínica tiene el inconveniente de que todas las preguntas se contestan marcando una cruz en uno de los recuadros señalados para ello. Es por tanto un tipo de historia clínica cerrada.

Este modelo de historia está formado por una hoja que es la que corresponde a la sección descrita como odontológica y de una segunda hoja que corresponde a las secciones de diagnóstico y de tratamiento. Esta segunda hoja se puede ir añadiendo a la historia a medida que se trate cada uno de los dientes enfermos.

Las hojas utilizadas no corresponden al patrón estandar A4 y están confeccionadas en color blanco.

Cada una de las historias correspondientes a un paciente se guardan dentro de un sobre, igual que el



descrito para Cirugía Oral, que tiene un tamaño A3 estandar.

Las historias clínicas se archivan siguiendo la numeración año/número. Cuando a un paciente se le da el alta , la historia pasa del archivo activo al inactivo.

Los archivos utilizados son ficheros de cajones como los ya descritos anteriormente en los otros Servicios citados.

Las historias se archivan dentro del mismo Servicio.

#### 4.- HISTORIA CLÍNICA DEL SERVICIO DE ENDODONCIA.

- Hoja de identificación y estadística.

Carece de ella. En el encabezamiento del formato aparece el número de historia y el nombre del paciente.

- Sección de odontología y médica.

Formada por:

- Petición de Consulta o Informe de Especialidad.
- Historia médica.
- Historia dental.
- Exploración clínica.

- Sección de diagnóstico.

- Diagnóstico.
- Radiología, etc.
- Pulpometría.

- Sección de tratamiento.

-- En esta sección se refleja el número de diente del que se trata, el número de grapa o clamp utilizado en el tratamiento y la fecha en que se realizó. Al final de esta sección aparece una parte de evolución o revisión del caso cada seis meses hasta el año y medio de su terminación.

Este modelo de historia clínica está compuesto por un sobre en cuya cara anterior se reflejan las secciones odontológicas y de diagnóstico, al igual que la identificación y en su cara posterior se refleja la sección de tratamiento y evolución del paciente.

Este sobre es blanco, y su misión es guardar los controles radiológicos del caso en su interior. Hay que recordar que esta historia clínica es única por diente, es decir, que si el paciente asiste a tratarse varios dientes, tendrá tantas historias como dientes se le hayan tratado.

La numeración es correlativa en las historias clínicas. El tamaño de estos sobres es el de una cuartilla (16,5 x 22 cm.).

5.- HISTORIA CLINICA DEL SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA  
MEDICA.

- Hoja de identificación y estadística.

Carece de ella al igual que el resto de los Servicios citados. Como los Servicios ya vistos, presenta en su encabezamiento los datos de N° de HªCª y de filiación.

- Sección odontológica y médica.

Está formada por:

- Petición de Consulta o Informe de Especialidad, o bien, el modelo de propuestas para las "Consultas Externas". (Modelos descritos anteriormente).
- Anamnesis.
- Antecedentes personales.
- Medicación dada hasta la fecha y resultados.
- Antecedentes familiares.
- Exploración clínica: Afección propiamente dicha (Diagrama).  
Adenopatias.

Odontológico y protésico.

Sistémico.

- Sección de diagnóstico.

- Diagnósticos probables.
- Diagnóstico definitivo.
- Informes de laboratorio.
- Informes de anatomía-patológica.
- Informes de radiología, etc.

- Sección de tratamiento.

- Hoja de evolución, donde se va anotando el tratamiento, indicaciones al paciente, evolución, etc. Este modelo es el mismo que utiliza el Servicio de Cirugía Oral y pertenece al Hospital Clínico.

Este modelo de historia clínica está compuesto por dos hojas que se abren en forma de cuadernillo, en donde están todas las secciones citadas excepto la de tratamiento. Esta última está en una tercera hoja que es la de evolución.

Las hojas que se abren en forma de cuadernillo son de mayor tamaño que la hoja de evolución (modelo H.U. 050), que sí corresponde al modelo estandar A4.

Cada historia clínica se guarda en un sobre tamaño A3 del Hospital Clínico (modelo 2.300.003) ya descrito.

Las historias clínicas se archivan por orden numérico único, de forma que las historias antiguas no pasan a un archivo inactivo sino que se mantienen todas en el mismo.

Los archivos utilizados son ficheros de cajones. Las historias clínicas quedan archivadas dentro del mismo Servicio.

## 6.- HISTORIA CLINICA DEL SERVICIO DE PERIODONCIA.

### - Hoja de identificación y estadística.

Carece de ella. En el encabezamiento del formato aparece una sección donde se refleja el número de HªCª y nombre del paciente.

### - Sección odontológica y médica.

Como este Servicio está dentro del Servicio de Patología Médica Oral, esta sección es general para ambos.

### - Sección de diagnóstico.

-- Símbolos en el registro.

-- Diagramas donde se refleja la exploración clínica de parodoncia, tal como:

- . Movilidad
- . Mesialización
- . Extrucción
- . Impactación
- . Lesión de furca

- . Extracción
- . Profundidad de bolsas, etc.

-- Radiología.

- Sección de tratamiento.

-- Se utiliza el modelo H.U. 050 que corresponde a la Hoja de evolución en pacientes ambulatorios del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Las hojas de la sección odontológica y donde se refleja el tratamiento ya se han descrito en el apartado 5 (Historia clínica del Servicio de Estomatología Médica).

La hoja correspondiente a la sección de diagnóstico es blanca, de tamaño superior al A4, formato estandar.

Cada historia de estas se guardan en un sobre tamaño A3 del modelo 2.300.003 usado en el Hospital Clínico Universitario.

Las historias clínicas se archivan por orden alfabético de pacientes. Los archivos utilizados son ficheros de cajones .



## 7.- HISTORIA CLINICA DEL SERVICIO DE OCLUSION.

### - Hoja de identificación y estadística.

Carece de ella. Al igual que en todas las anteriores historias en el encabezamiento de la misma aparece un apartado donde viene el número de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> y la filiación del paciente.

### - Sección odontológica y médica.

Formada por:

- Petición de Consulta o Informe de Especialidad, o bien, el modelo de propuestas para las "Consultas Externas". (Modelos ya descritos en la Sección de descripción de documentos y ficheros).
- Motivo de la consulta.
- Antecedentes personales (enf. generales).
- Examen clínico de cara, boca, dientes, articulación temporo-mandibular, etc. Tanto anatómico como funcional.
- Esquemas dentales de cara y cuello.

- Sección diagnóstica.

-- Diagnóstico.

-- Análisis clínicos.

-- Estudio radiológico.

- Sección de tratamiento.

-- Plan de tratamiento, donde se anotan los problemas a tratar.

Este modelo de historia clínica está formado por tres hojas, fotocopias, donde se describe cada una de las secciones citadas.

Cada una de estas historias clínicas se guardan en un sobre, tamaño A3, modelo 2.300.003, del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Las historias clínicas se archivan por orden alfabético.

El tamaño de este modelo de historia es mayor que es estandar A4. Los archivos utilizados son ficheros con cajones. Las historias quedan archivadas en el Servicio.

## 8.- HISTORIA CLINICA DEL SERVICIO DE PROTESIS FIJA (II).

- Hoja de identificación y estadística.

Carece de ella. En el encabezamiento del formato aparece el número de H<sup>2</sup>C<sup>2</sup> y datos de filiación.

- Sección de odontología y médica.

-- Petición de consulta o Informe de Especialidad.

-- Antecedentes personales.

-- Antecedentes familiares.

-- Exploración odontológica y de oclusión.

-- Hábitos.

- Sección diagnóstica.

-- Exploraciones complementarias.

-- Juicio clínico.

- Sección de tratamiento.

-- Plan de tratamiento.

-- Tratamiento efectuado.

-- Alumno que realizó el trabajo.

El modelo de historia del Servicio de Prótesis Fija se compone de dos hojas en blanco, una de ellas en papel con un tamaño superior al estandar A4; en ésta es donde se reflejan las secciones odontológicas y diagnóstica.

En la segunda hoja también en blanco, de cartulina, con distribución en horizontal, es donde queda reflejado el plan de tratamiento y el tratamiento realizado al paciente.

Estas historias se guardan para su archivo en sobres, de tamaño inferior al A3 (modelo 2.300.003), en donde figura el número de historia clínica, nombre, teléfono, dirección y diagnóstico del paciente.

Las historias quedan archivadas por orden año/número, siendo una historia única por paciente.

Los archivos utilizados son ficheros de cajones. Todas las historias clínicas quedan archivadas dentro del Servicio.

## 9.- HISTORIA CLINICA DEL SERVICIO DE ORTODONCIA.

### - Hoja de identificación y estadística.

Aunque no aparece unido directamente a la historia clínica tienen una ficha blanca, 12,5 x 20 cm, en donde quedan los datos de filiación y otros datos clínicos de interés (clase de Angle, relación incisiva, perfil, etc.), además de el número de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>. En la ficha o historia clínica sólo aparece en su encabezamiento datos de filiación, teléfono, etc.

### - Sección odontológica y médica.

Está formada por:

- Petición de Consulta o Informe de Especialidad.
- Motivo de la consulta.
- Historia clínica general.
- Historia psicológica.
- Historia clínica bucal.
- Datos sobre nutrición.
- Exploración clínica.

- Sección de diagnóstico.

-- Radiología.

-- Análisis cefalométrico y radiológico.

-- Análisis de modelos: Análisis de oclusión.

Análisis de arcadas.

Análisis dentario.

Análisis de tejidos blandos.

-- Discrepancia óseo-dentaria/Ind. Bolton/Ind. Perk.

-- Análisis final y diagnóstico.

- Sección de tratamiento.

-- Objetivos de tratamiento y plan.

-- Tipo de aparatología.

-- Evolución del tratamiento.

En la historia clínica de este Servicio se compone de cuatro hojas, de color amarillo, que se abren en forma de cuadernillo escritas por ambas caras. En estas hojas es donde figuran todas las secciones citadas excepto la sección de tratamiento, en su apartado de evolución.

Existe una quinta hoja que tiene color amarillo, y en donde se expresa la evolución del tratamiento realizado al paciente. Esta hoja no está unida al cuadernillo antes citado y es de cartulina.

Las hojas que forman parte del cuadernillo son de tamaño A4, osea, están estandarizadas. Las hojas de cartulina no tienen tamaño A4, son más anchas y algo más bajas.

Las historias se guardarán en unas carpetas de plástico de colores, en donde se adhiere una etiqueta con el número de historia y el nombre del paciente.

Los registros se archivan por año/número. Los archivos utilizados para sus historias son ficheros de cajones; quedando las historias archivadas dentro del propio Servicio.

## 10.- HISTORIA CLINICA DEL SERVICIO DE ODONTOPEDIATRIA.

- Hoja de identificación y estadística.

Carece de ella. Aunque en el encabezamiento de la historia aparece una zona o sección de identificación y número de historia clínica.

- Sección odontológica y médica.

Formada por:

-- Petición de Consulta o Informe de Especialidad.

-- Historia clínica general.

-- Historia bucal.

-- Exploración clínica.

-- Diagrama dental.

- Sección de diagnóstico.

-- Radiología.

-- Análisis de la oclusión.



- Sección de tratamiento.

-- Plan de tratamiento odontopediátrico.

-- Tratamiento realizado.

El modelo de historia clínica está confeccionada en dos hojas, de color blanco, que se abren en forma de cuadernillo, escritas por ambas caras, y en donde figuran todas las secciones.

Las hojas que forman parte del cuadernillo no tienen el tamaño A4, son mayores.

Estos registros se guardan en sobres del Hospital Clínico Universitario de Valencia, modelo 2.300.003.

El archivo de las historias se hace siguiendo la numeración año/número. Se utiliza una historia clínica por paciente.

Los archivos usados para las historias son ficheros de cajones. Las historias quedan archivadas dentro del propio Servicio.

Tabla 7.32.

RESUMEN SOBRE DETERMINADAS CARACTERISTICAS DE LAS DIFERENTES HISTORIAS CLINICAS

DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA Y DOSIERS PARA EL ARCHIVADO

CARACTERISTICAS // HISTORIA DE	CIRUGIA ORAL	PROTESIS REMOVIBLE	ODONTOLOGIA CONSERVADORA	ENDODONCIA	MEDICA	PERIODONCIA	OCLUSION	PROTESIS FIJA	ORTODONCIA	ODONTOPEDIATRIA
HOJA DE IDENTIFICACION Y ESTADISTICA.	TIENE ESTANDAR	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
TAMAÑO DE LA HISTORIA	A4 (Hoja evolución) Resto otro tamaño	No es A4	No es A4	No es A4	A4 (Hoja evolución) Resto otro tamaño	A4 (Hoja de evolución). Resto otro tamaño.	No es A4	No es A4	A4 Otro diferente. (Diagnóstico y Tto).	No es A4
TIPO DE MATERIAL	Papel	Cartulina	Papel	Papel	Papel	Papel	Papel	Papel y Cartulina	Papel y Cartulina.	Papel
COLOR	Blanco	Blanco	Blanco	Blanco	Blanco	Blanco	Blanco	Blanco	Amarillo	Blanco
ARCHIVO EN TAMAÑO	SOBRE A3	SOBRE OTRO	SOBRE A3	FORMA LA H <sup>2</sup> C <sup>2</sup> EL SOBRE OTRO	SOBRE A3	SOBRE A3	SOBRE A3	SOBRE A3	CARPETA PLASTICO OTRO	SOBRE A3

8

ORGANIZACION DE LA INFORMACION EN  
OTRAS ESCUELAS Y CENTROS.

En el capítulo anterior hemos realizado un ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA DE VALENCIA, en este apartado vamos a estudiar cómo es la organización de la información en las distintas Escuelas de Estomatología y hacer un estudio comparativo de cual es la situación actual precisa de la Escuela de Estomatología de Valencia, en lo que se refiere a los sistemas de recuperación de la información (S. R.I.) con respecto al resto de las Escuelas de la geografía española.

Para poder llevar a buen término el estudio de la situación actual de los Sistemas de Recuperación de la Información Clínica en las diferentes Escuelas de Estomatología de España se confeccionó un CUESTIONARIO de 9 preguntas en el que se pedía información sobre el documento primario (historia clínica), documentos secundarios (índice de pacientes, de diagnóstico y operaciones, de médicos, etc...), estado de normalización de los documentos utilizados, tipos de archivos (activos e inac-

tivos) dentro de la memoria pasiva del sistema, modo de numeración de los documentos primarios, realización de estadísticas y tipos de indicadores que estaban utilizando. (Cuadro 8.2)

Este cuestionario fué enviado a los directores de las ocho Escuelas de Estomatología de España, excepto a la de Valencia, a finales de 1985 y principios de 1986, según se detalla a continuación:

- Escuela de Estomatología de Santiago de Compostela.

Prof. Dr. D. Jesús Bernardo Otero Costas.

- Escuela de Estomatología de Granada.

Prof. Dr. D. José M. Chamorro Ortega.

- Escuela de Estomatología de Madrid.

Prof. Dr. D. Juan P. Moreno Gonzalez.

- Escuela de Estomatología de Bilbao.

Prof. Dr. D. Javier Garro Barrio.

- Escuela de Estomatología de Oviedo.

Prof. Dr. D. José R. Casado Llompart.

- Escuela de Estomatología de Sevilla.

Prof. Dr. D. Manuel Lopez Lopez.

- Escuela de Estomatología de Barcelona.

Prof. Dr. D. Antonio Nadal Valldaura.

- Escuela de Estomatología de Murcia.

Prof. Dr. D. Ginés Domenech.

La respuesta no se hizo esperar, y fué unánime de todas las Escuelas consultadas, excepto de la Escuela de Estomatología de Madrid (Fig. 8.1).

Por tanto todas las respuestas al cuestionario van a venir reflejadas tan sólo para siete de las ocho Escuelas consultadas.

También se pidió a las Escuelas entrevistadas que nos adjuntasen los modelos o modelo de historia clínica utilizada y los diferentes documentos secundarios.

En el cuadro 8.2. se numeran las preguntas que se formularon en esta encuesta.

En los cuadros de 8.2 al 8.10 se muestran sucesivamente las respuestas obtenidas de cada una de las Escuelas de Estomatología de España.

En la tabla 8.11 se sintetizan las respuestas obtenidas.

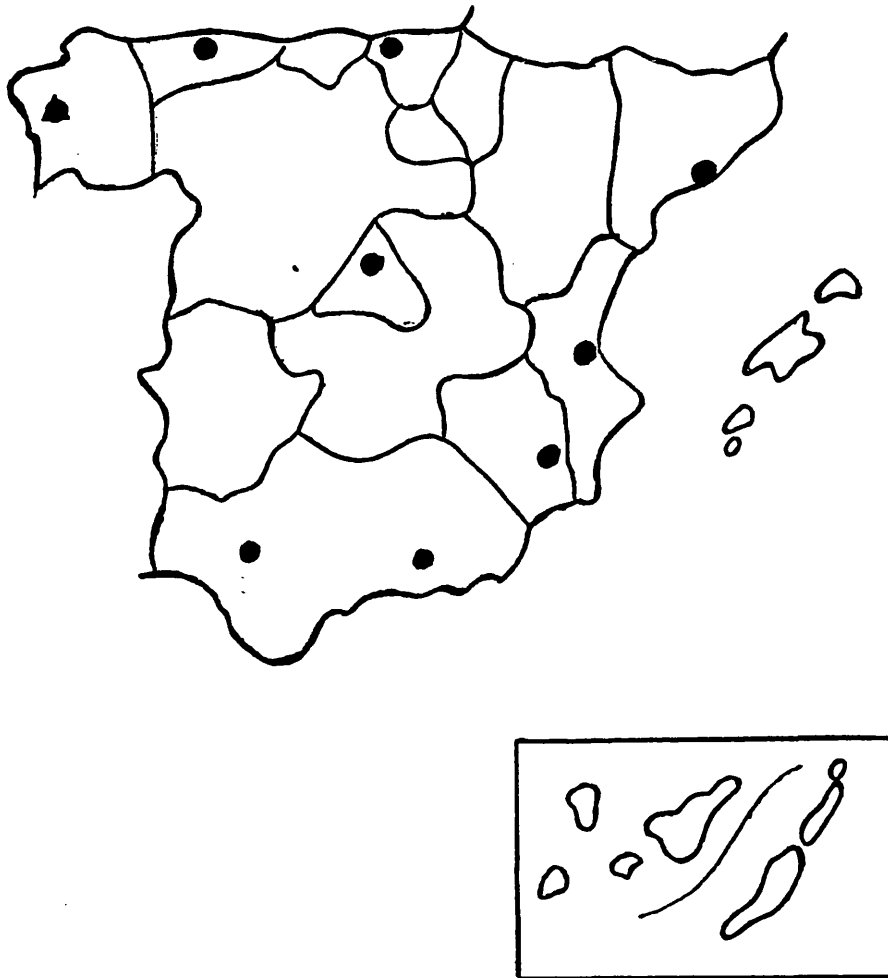


Fig. 8.1

MAPA DE LA DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LAS ESCUELAS DE  
ESTOMATOLOGIA DE ESPAÑA.



CUESTIONARIO.

- 1.- UTILIZAN HISTORIAS CLÍNICAS EN SU ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA?. EN CASO AFIRMATIVO, DIGA SI SU HISTORIA CLÍNICA ES ÚNICA POR PACIENTE. (SI TIENE MÁS DE UNA POR PACIENTE INDIQUE CUANTAS).
- 2.- PARA EL ARCHIVO DE SUS HISTORIAS CLÍNICAS QUE TIPO DE SISTEMA UTILIZAN? NÚMÉRICO O ALFABÉTICO. EN EL CASO DE SER UN ARCHIVO CLASIFICADO NUMÉRICAMENTE; INDIQUE QUE TIPO DE NUMERACIÓN UTILIZAN.
- 3.- EN EL CASO DE UTILIZAR UN ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS, ESTE ARCHIVO ESTÁ O NO CENTRALIZADO?.
- 4.- SI EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS NO ES CENTRALIZADO, ¿DONDE SE ARCHIVAN LAS HISTORIAS CLÍNICAS?.
- 5.- UTILIZAN HISTORIAS CLÍNICAS NORMALIZADAS?. EN CASO AFIRMATIVO, ¿A QUE SISTEMA DE NORMALIZACIÓN OBEDECE?.
- 6.- ADEMÁS DE LOS DOCUMENTOS PRIMARIOS YA INDICADOS (HISTORIAS CLÍNICAS) QUE UTILIZAN, ¿SE ACOMPAÑAN A ESTOS ALGÚN TIPO DE DOCUMENTO SECUNDARIO (FICHEROS, ÍNDICES, ETC.) O ALGÚN TIPO DE FORMULARIO COMPLEMENTARIO?. INDIQUE CUAL.
- 7.- ¿HAN PUESTO EN FUNCIONAMIENTO DENTRO DE SU ORGANIZACIÓN ALGÚN MODELO DE AUTOMATIZACIÓN PARA EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS?. EXPLÍQUELO.
- 8.- ¿SE REALIZAN ESTADÍSTICAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE SU ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA?.
- 9.- SI REALIZAN ESTADÍSTICAS ¿QUÉ TIPO DE INDICADORES UTILIZAN?. DESCRIBALOS.

Fig. 8.2

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE BARCELONA	
PREGUNTA NUMERO	RESPUESTAS
1	Sí utilizan historias clínicas. Cada Cátedra utiliza sus propias historias clínicas confeccionadas con sus propios objetivos. Es decir, la historia clínica no es única por paciente.
2	El archivo de las historias clínicas se realiza como se considera más adecuado en cada Cátedra.
3	De las respuestas anteriores se desprende que el archivo no está centralizado sino que se archivan las historias en cada uno de los Departamentos.
4	En cada uno de los Departamentos.
5	No contesta.
6	No contesta.
7	No contesta.
8	No contesta.
9	No contesta.

Fig. 8.3

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE BILBAO	
PREGUNTA NUMERO	RESPUESTAS.
1	Si se utilizan las historias clínicas. Las historias clínicas utilizadas son únicas por paciente.
2	El sistema de archivo de las historias es por orden alfabético.
3	Los archivos están centralizados.
4	No contesta.
5	No contesta.
6	No contesta.
7	No contesta.
8	No se realizan estadísticas en los diferentes Servicios de la Escuela de Estomatología de Bilbao.
9	No contesta.

Fig. 8.4

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE GRANADA	
PREGUNTA NUMERO.	RESPUESTA.
1	Si se utilizan historias clínicas. Se realiza una historia clínica por cada uno de los Servicios que pasa el enfermo.
2	El tipo o sistema de archivo de historia clínica es por orden alfabético.
3	El archivo no está centralizado, sino que cada Servicio o Departamento archiva sus propias historias clínicas.
4	Las historias se archivan en cada Departamento.
5	Las historias clínicas no están normalizadas. Cada modelo de historia utilizada tiene un tamaño diferente.
6	No contesta.
7	No presentan ningún tipo de automatización para el archivo de historias.
8	No se realizan estadísticas, porque no existe todavía suficiente material.
9	No contesta.

Fig. 8.5

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE MADRID	
PREGUNTA NUMERO.	RESPUESTAS.
	<p>NOTA: La Escuela de Estomatología de MADRID a la que se le remitió el CUESTIONARIO en tres ocasiones no tuvo a bien contestarnos. Lo cual sentimos porque no podemos realizar un estudio completo, con todas las Escuelas de Estomatología de España, de la situación actual de los Sistemas de Recuperación de la Información Clínica.</p>

Fig. 8.6

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE MURCIA	
PREGUNTA NUMERO.	RESPUESTAS.
1	<p>Sí utilizan historias clínicas. Disponen de una ficha clínica general que incluye: datos de filiación, exploración dentaria, historia clínica psicológica, etc.</p> <p>No contestan claramente a la segunda parte de la pregunta sobre si la historia clínica es única por paciente.</p>
2	El sistema utilizado es el archivo por orden alfabético.
3	El archivo de las historias está centralizado.
4	No contestan.
5	Las historias clínicas que utilizan no están normalizadas.
6	No contestan.
7	No tienen ningún tipo de automatización para el archivo de sus historias, pero lo han solicitado.
8	Actualmente aún no se realizan ningún tipo de estadísticas en los Servicios de la Escuela.
9	No realizan estadísticas por tanto no usan ningún tipo de indicador.

Fig. 8.7

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE OVIEDO	
PREGUNTA NUMERO.	RESPUESTAS.
1	Sí se utilizan historias clínicas. Existe una historia por paciente. Dicha historia está compuesta por: datos personales y anamnesis general. A esto se le acompañan fichas independientes para los distintos tratamientos.
2	El sistema de archivo de historias clínicas es por orden numérico consecutivo. Número que se asigna al paciente al abrir la H <sup>2</sup> C <sup>2</sup> en la primera visita.
3	El archivo de las H <sup>2</sup> C <sup>2</sup> está centralizado.
4	No contesta.
5	Las H <sup>2</sup> C <sup>2</sup> no están normalizadas.
6	Dicen utilizar ficheros por orden alfabético. Pero le faltan especificar si estos ficheros son de diagnósticos o de pacientes.
7	Han introducido el ordenador para la recogida de datos de los pacientes exclusivamente. Aunque sigue existiendo la historia con sus fichas de tratamiento.
8	No se realizan estadísticas. Pero nos comunicaron que se está realizando una tesina de li- sobre este tema. Por lo que muy pronto podrían comenzar a producirlas.
9	No contestan.

Fig. 8.8

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE SANTIAGO	
PREGUNTA NUMERO.	RESPUESTAS.
1	No tienen historias clínicas, ya que es el primer año de funcionamiento de la Escuela.
2	Como no tienen historias no las pueden archivar.
3	No existen todavía archivos.
4	No contestan.
5	No contestan.
etc.	
	De esta Escuela de Estomatología no se nos devolvió el CUESTIONARIO relleno, sino una carta firmada por la Prof. M <sup>a</sup> CARMEN CIGARRAN RODRIGUEZ, subdirectora en funciones, explicándonos que carecían de historias clínicas y de archivadores por ser su primer año de funcionamiento.

Fig. 8.9



ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE SEVILLA	
PREGUNTA NUMERO.	RESPUESTAS.
1	Sí se utilizan H <sup>3</sup> C <sup>3</sup> . El tipo utilizado es una historia clínica por paciente.
2	El sistema de archivo de las H <sup>3</sup> C <sup>3</sup> es por orden numérico correlativo. Interpretamos que al decir correlativo quería decir correlativo de orden numérico único, ya que en la respuesta nº 1 afirma que las H <sup>3</sup> C <sup>3</sup> son únicas por paciente. Si nos basamos en los sistemas de numeración del S.R.I. clínica, el sistema de numeración correlativa significa que a cada paciente se le asigna un nº por cada admisión. Por tanto las H <sup>3</sup> C <sup>3</sup> de un mismo paciente están separadas en los archivos y no tienen relación entre sí.
3	El archivo de H <sup>3</sup> C <sup>3</sup> está centralizado.
4	No contestan.
5	Las H <sup>3</sup> C <sup>3</sup> están normalizadas. No contestan al tipo de normalización que obedece. Pero como nos envío un modelo de H <sup>3</sup> C <sup>3</sup> podemos afirmar que está normalizado según las normas Din A4 recomendadas por el Informe WALKER, Informe TUNBRIDGE (1965) y por BENJAMIN (1977).
7	No tienen ningún tipo de automatización.
8	No realizan estadísticas en ninguno de los Servicios.

Fig. 8.10

TABLA 8.11 RESUMEN DE LAS RESPUESTAS CORRESPONDIENTES AL CUESTIONARIO ENVIADO A LAS ESCUELAS DE ESTOMATOLOGÍA DE ESPAÑA.

Esc. de Estomat.	BARC.	BILB.	GRAN.	MADR.	MURC.	OVIED.	SANT.	SEV.	VAL.
Nº de respuest.									
1	SI No única	SI Unica	SI No única	- -	SI ¿?	SI Unica	NO -	SI Unica	SI No única
2	Según Cátedra	Alfabético	Alfabé	-	Alfabét	Numérica	-	Numérica	Según Cátedra
	-	-	-	-	-	Numeración única	-	Numerac única	-
3	NO Centra lizado	Centrali zado.	NO Centra lizad	-	SI Centra lizado	SI Centra lizado.	-	SI Centra lizado	NO Centra lizad.
4	En los Departa ment.	-	En los Departa ment.	-	-	-	-	-	En los Departa ment
5	-	-	NO	-	NO	NO	-	SI	NO
	-	-	-	-	-	-	-	A4	-
6	-	-	-	-	-	Fichero Paciente? Diagnosti?	-	-	Ver tabla nº 2
7	-	-	NO	-	NO	SI Ordenado	-	NO	NO
8	-	NO	NO	-	NO	NO	-	NO	Solo en Ci rugía Oral
	-	-	-	-	NO	-	-	-	NO

Una vez vista la Tabla nº 8.11 pasamos a realizar un estudio comparativo, desde el punto de vista del Sistema de Recuperación de la Información Clínica (S.R. I. Clínica), de la situación actual de las Escuelas de Estomatología de España con respecto a la Escuela de Estomatología de Valencia.

Analizando detenidamente cada uno de los puntos del Cuestionario, observamos que:

- Todas las Escuelas de Estomatología utilizan Historias Clínicas excepto la de Santiago de Compostela.
- Utilizan una Historia Clínica única por paciente en 3 de las 8 que han respondido al Cuestionario. Otras 3 utilizan una historia clínica por cada Departamento que consulta el paciente.
- El archivo de las historias clínicas se realiza por:
  - . Orden alfabético en 3 casos.
  - . Orden numérico en 2 casos.

. Dependiendo de cada Departamento en 2 casos.

- Los archivos de las historias clínicas están centralizados en 4 Escuelas y no están centralizados en 3.
- En aquellas Escuelas en que el archivo no está centralizado, las historias se archivan en los diferentes Departamentos.
- Sólo utilizan historias clínicas que siguen un criterio correcto de normalización en la Escuela de Estomatología de Sevilla, en el resto de Escuelas o las historias no están normalizadas, o no contestan.
- El criterio de normalización seguido por Sevilla es el sistema Din A4.
- A la cuestión de qué tipos de documentos secundarios (Ficheros, índices, etc..) se utilizan, solamente contesta Oviedo, diciendo que utiliza ficheros ordenados por orden alfabético, pero no indica si son ficheros de pacientes o de diagnósticos, etc. La Escuela de Estomatología de Valencia tiene un estudio detallado de los ficheros que utilizan en la Tabla 7.20

- Ninguna Escuela de Estomatología de España ha puesto en funcionamiento un modelo automático de recogida de información, excepto la Escuela de Estomatología de Oviedo que tiene un ordenador en el que se recogen los datos del paciente.
  
- No se realizan estadísticas en ninguna Escuela de Estomatología de España, sólo en Valencia, y en Servicios aislados se comienza a realizar estadísticas de rendimiento del Servicio, estadísticas de morbilidad, tipos de casos tratados, etc.
  
- Como no se realizan estadísticas, nadie contesta a los indicadores de uso clínico utilizados que es la última pregunta planteada.

NORMALIZACION EN LOS SIMBOLOS DEL ODONTOGRAMA.

Un aspecto del mayor interés en la historia clínica estomatológica es el odontograma.

El odontograma es un procedimiento gráfico en el que mediante un esquema dental y una serie de símbolos se muestran sintéticamente y con el fin de una comunicación muy rápida, todas las piezas dentarias, tanto caducas como permanentes, así como las alteraciones y lesiones que pueda haber y los procedimientos terapéuticos a realizar.

La comunicación rápida que se pretende con el odontograma exige, como en todo proceso de comunicación, que se compartan los símbolos utilizados para registrar la información. Es decir, deben estar normalizados. Sin embargo, BARRANCOS, J. afirmaba en 1981 que: "Los símbolos que se dibujan directamente sobre el gráfico de los dientes para indicar caries, extracciones u otros actos odontológicos, todavía no han sido normalizados", y de acuerdo con nuestra revisión de las historias clínicas de la Escuela de Estomatología tampoco existe una normalización interna del odontograma.

En la tabla nº 9.1 se ofrecen cinco ejemplos de propuestas de odontogramas que pueden considerarse vigentes puesto que corresponden a manuales de uso habitual en la Escuela o han sido publicados recientemente.

Puede apreciarse que existen abundantes diferencias entre las propuestas:

- Mientras MERTZ propone 11 símbolos y WANKA 13, SCHNEIDER y BARRANCOS amplían a 18 y TRYON llega a 25.
- Sólo 7 conceptos están representados en las 5 propuestas.
- De los 7, los símbolos no coinciden exactamente en ninguno de los 5 odontogramas, aunque los hay parecidos.

Por otra parte, excepto la propuesta de TRYON en los demás casos se usa un solo esquema dental donde se superponen las lesiones y los procedimientos realizados y proyectados con la consiguiente confusión.



MEHTZ	MANNA	BARRANCOS	SCHNEIDER	TRYON ET COLS.
11	13	18	18	25

Exodoncia.  
Impactado Mesioangular.  
Impactado Distoangular.  
Impactado Horizontal.  
Pieza Ausente.  
Diastema.  
Endodoncia.  
Lesión Apical.  
Extrusión o Intrusión.  
Mesialización o Distalización.  
Diagnóstico incierto.  
Discrepancia borde Marginal  
Fractura Dental.  
Rotación Dental.  
Impactación Alimentos  
Caries MOD  
Caries Clase V.  
Restauración  
Caries Recurrente.  
ONLAY  
Coronas.  
Puentes.  
Lesión Furca.  
Recesión Gingival.  
Sondaje  
Apicectomía.  
TOTAL SIMBOLOS

Tabla 9.1

Propuesta de diferentes autores para la normalización de los símbolos del odontograma.

10

HISTORIA CLINICA ORIENTADA POR PROBLEMAS  
PARA ATENCION ODONTO-ESTOMATOLOGICA.

Apoyándonos en el capítulo 5, MODELO DE HISTORIA CLINICA ORIENTADA POR PROBLEMAS (H.C.O.P.), del presente trabajo y en las necesidades de reforma de la SITUACIÓN ACTUAL DE LA INFORMACION CLINICA EN LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE VALENCIA, desarrollado en el capítulo 7, y teniendo en cuenta las condiciones de trabajo en la Escuela de Estomatología de Valencia, presentamos un modelo de historia clínica orientada por problemas para odontoestomatología, que podría ser introducido para su uso.

Este modelo de historia clínica orientada por problemas para odontoestomatología que proponemos consta de:

- Un cuestionario de salud "99 PREGUNTAS SOBRE SU SALUD" que rellenará el paciente o su acompañante, si se trata de niños, antes de la primera visita.

Tiene por función conocer el estado de salud general del paciente, los medicamentos que toma, dosis, etc.. (Cuadros del 10.1 al 10.10).

Este cuestionario de salud se ha inspirado para su realización en otros cuestionarios de salud ya existentes, como:

- 1.- Cuestionario de Salud de la Universidad de Mississipi. Escuela Dental. Publicado en:  
Tryon. A.F. y Alexander, W.N. The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record . 2ª Ed. Giun Custom. Lexington USA. 1983 pag. 130-138.
- 2.- Cuestionario de Salud de la Escuela Dental de la Universidad de Michigan.
- 3.- Cuestionario de Salud publicado en:  
Goldstein, R.E. Estética odontológica. Ed. InterMédica, Buenos Aires, 1980.
- 4.- Carta General de Salud, publicado en:  
Bernier y Muhler. Medidas preventivas para mejorar la práctica dental. 3ª Ed.. Ed. Mundi, 1977. Buenos Aires. Pag. 313.
- 5.- Health Questionnaire, publicado en:  
McCarthy, F.M. Medical Emergencies in Dentistry. Tird Ed. Ed. Saunders Co. Philadelphia. USA 1982.  
Pag. 19-21

6.- Cuestionario de Salud, publicado en:

Cohen, S. ; Burrns, R.C. Endodoncia. Los caninos de la pulpa. Ed. Inter-Médica. Buenos Aires. 1979. Pag 4.

- Una hoja resumen al cuestionario de salud, donde se indican enfermedades, alergias, medicación que recibe el paciente, dosis, etc.. que rellena el médico después de revisar el cuestionario de salud (Cuadro 10.11).
- La H.C.O.P. para odontoestomatología propiamente dicha, y en la que podemos distinguir una serie de partes:
  - . Base de información (Cuadros del 10.12 al 10.19).
    - .. Datos demográficos y sociales
    - .. Anamnesis y antecedentes
    - .. Examen físico
    - .. Examen dental
    - .. Higiene oral
    - .. Datos radiológicos.
  - . Lista de problemas , donde irán numerando, titulando y poniendo fecha de introducción y de resolución a cada uno de los problemas encontrados en la base de información (Cuadro 10.20).

- . Planes integrados, en donde los problemas se ordenan por visitas, se numeraran y se fecharan, se pondrá el tipo de tratamiento a realizar y los honorarios a devengar (Cuadro 10.21).
- . Notas de evolución, donde se irá anotando como se han ido resolviendo cada uno de los problemas, las exploraciones realizadas, etc., y cada día se irá anotando la fecha y el número de los problemas o problemas tratados. Al final serán firmados por el dentista que realice el acto. (Cuadro 10.22)

Por último, y dentro de este capítulo de la H.C.O.P. introducimos una hoja para el Informe de alta, que servirá tanto para cuando se da de alta al paciente en un Servicio y pasa a otro, como para dar el alta de la Escuela de Estomatología de Valencia.

En este informe se reflejarán los problemas pendientes de alta (Cuadro 10.23).

La última parte de este capítulo es la PRO-  
PUESTA PARA LA NORMALIZACION DEL SIMBOLOS DEL ODONTOGRA-  
MA en la que basándonos en una serie de criterios (sim-

plicidad, aceptabilidad, facilidad, etc) y apoyándonos en otras propuestas de normalización vistas en el capítulo 9, NORMALIZACIÓN DE LOS SIMBOLOS DEL ODONTOGRAMA, hacemos una propuesta de 26 símbolos distintos.

La función de esta propuesta es que todos los médicos que tengan acceso a los H.C.O.P. para odontostomatología, podamos conocer y comprender el lenguaje empleado en el odontograma (Tabla 10.24).

Revisando el capítulo 4º - SISTEMAS DE RECUPERACION DE LA INFORMACION - en el apartado de "El documento primario;" la historia clínica propuesta se caracteriza porque:

- Es una historia clínica única, personal, integrada y acumulativa para cada paciente.
- Todos los documentos que componen esta historia clínica se guardarán en una misma carpeta uniforme.
- El formato es Din A4 según señalan el Informe WALKER (1970), A.H.A. (1972) y BENJAMIN, F.H. (1977).
- La titulación de los documentos y la identificación del paciente están normalizadas según Informe TUNBRIDGE (1965) y el Informe WALKER (1970).
- En cuanto a la estructura de la historia clínica se ha adaptado el modelo de H<sup>2</sup>C<sup>2</sup> orientada por problemas propuesto por WEDD.



CUADRO 10.1

"99 PREGUNTAS SOBRE SU SALUD".

## INSTRUCCIONES.

Este cuestionario de salud es para que lo rellene el paciente; en el caso de niños puede hacerlo su acompañante. Debe marcar con una (X) cada una de las respuestas correspondientes al SI o NO y contestar las otras. No olvide que una buena información suya será de gran ayuda al personal médico que le atenderá. En el caso de tener duda o no acordarse de alguna pregunta déjela en blanco, nosotros le ayudaremos.

---

Ha sufrido alguna vez:	SI	NO
1.- Visión defectuosa (gafas)	( )	( )
2.- Pérdida de visión	( )	( )
3.- Otros problemas en los ojos	( )	( )

(En caso afirmativo indique cuales)

---

Ha sufrido alguna vez:	SI	NO
4.- Hemorragias nasales intensas	( )	( )
5.- Problemas de pus nasal	( )	( )
6.- Otros problemas de nariz	( )	( )

(En caso afirmativo indique cuales)

---

CUADRO 10.2

Ha sufrido alguna vez:	SI	NO
7.- Zumbidos en los oídos	( )	( )
8.- Problemas de audición (sordera)	( )	( )
9.- Otros problemas importantes de oído (En caso afirmativo, indique cuales)	( )	( )
<hr/>		
Ha tenido alguna vez:		
10.- Flemones debido a los dientes	( )	( )
11.- Dolor al masticar por problemas en encías	( )	( )
12.- Gusto desagradable en la boca	( )	( )
13.- Aliento desagradable	( )	( )
14.- Encías sangrantes al masticar o cepillarse	( )	( )
15.- Mandíbula cansada o dolorida	( )	( )
16.- Crujidos o ruidos mandibulares	( )	( )
17.- Dientes en mala posición	( )	( )
18.- Dientes sensibles al frío o al calor	( )	( )
19.- Otros problemas de boca (En caso afirmativo, indique cuales)	( )	( )
<hr/>		
Ha tenido alguna vez:		
20.- Anginas y fiebre frecuentemente	( )	( )
21.- Dificultad o dolor al tragar	( )	( )
22.- Otros problemas de garganta (En caso afirmativo, indique cuales)	( )	( )
<hr/>		

CUADRO 10.3

Ha tenido alguna vez:	SI	NO
23.- Convulsiones	( )	( )
24.- Parálisis	( )	( )
25.- Fuertes dolores de cabeza y/o mareos frecuentes	( )	( )
26.- Pérdida de memoria	( )	( )
27.- Pérdida del habla durante unos minutos	( )	( )
28.- Otros problemas del sistema nervioso (En caso afirmativo, indique cuales)	( )	( )
<hr/>		
Ha tenido alguna vez:		
29.- El cuello agarrotado durante 2 ó 3 días	( )	( )
30.- Problemas de hueso o articulares	( )	( )
31.- Problemas musculares	( )	( )
32.- Otros problemas serios musculo-esquelético (En caso afirmativo indique cuales)	( )	( )
<hr/>		
Ha tenido alguna vez:		
33.- Fiebre reumática	( )	( )
34.- Ataque cardíaco o angina de pecho	( )	( )
35.- Que ser operado del corazón	( )	( )
36.- Los tobillos o los pies hinchados	( )	( )
37.- La tensión arterial alta	( )	( )

CUADRO 10.4

	SI	NO
38.- Colesterol y triglicéridos	( )	( )
39.- Que tomar medicamentos para el corazón o la tensión	( )	( )
40.- Otros problemas importantes de corazón (En caso afirmativo, indique cuales)	( )	( )
<hr/>		
Ha tenido alguna vez:		
41.- Tuberculosis	( )	( )
42.- Asma	( )	( )
43.- Sangre al toser	( )	( )
44.- Algún problema serie respiratorio o pulmonar (En caso afirmativo, indique cuales)	( )	( )
<hr/>		
45.- ¿Es fumador?	( )	( )
<hr/>		
Ha tenido alguna vez:		
46.- Hemorragias más abundantes de lo normal al cortarse	( )	( )
47.- Reacciones a una transfusión de sangre	( )	( )
48.- Problemas sanguíneos, de bazo o de gan- glios linfáticos (En caso afirmativo, indique cuales)	( )	( )
<hr/>		

CUADRO 10.5

Ha tenido alguna vez:	SI	NO
49.- Hapatitis o ictericia	( )	( )
50.- Cirrosis hepática	( )	( )
51.- Ulceras gástricas o duodenales	( )	( )
Que ser operado de:		
52.- Estómago	( )	( )
53.- Hernia de esófago	( )	( )
54.- Intestino	( )	( )
55.- Otros problemas serios de aparato digestivo	( )	( )
(En caso afirmativo, indique cuales)		
<hr/>		
Ha tenido alguna vez:		
56.- Diabetes (ázucar en sangre u orina)	( )	( )
57.- Sed frecuente y orina frecuente	( )	( )
58.- Algún problema hormonal serio	( )	( )
(En caso afirmativo, indique cual)		
<hr/>		
Ha tenido alguna vez:		
59.- Infección de vejiga o riñón	( )	( )
60.- Sífilis	( )	( )
61.- Alguna otra infección de transmisión sexual	( )	( )
(En caso afirmativo, indique cual)		
<hr/>		

CUADRO 10.6

	SI	NO
62.- Que ser operado del riñón	( )	( )
63.- Que ser tratado en el riñón artificial	( )	( )
64.- Otro problema serio de riñón o genitales	( )	( )
(En caso afirmativo, indique cual)		
<hr/>		
Ha tenido alguna vez:		
65.- Alergia	( )	( )
(En caso afirmativo, explique a que)		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
Ha tenido alguna vez:		
66.- Que ser operado de la piel	( )	( )
67.- Que ser operado de las mamas	( )	( )
68.- Problemas serios de piel o mamas	( )	( )
(En caso afirmativo, explique cual)		
<hr/>		
Ha tenido alguna vez: (Sólo mujeres)		
69.- Hemorragias fuera del período menstrual	( )	( )
70.- Hemorragias después de la menopausia	( )	( )
71.- Toma anovulatorios u otros medicamentos	( )	( )

CUADRO 10.7

	SI	NO
72.- Está embarazada	( )	( )
73.- Problemas serios u operaciones de útero ovario, etc. (En caso afirmativo, indique cuales)	( )	( )
<hr/>		
Ha tenido alguna vez:		
74.- Depresiones	( )	( )
75.- Problemas emocionales o nerviosos serios	( )	( )
76.- Que ser hospitalizado por sus nervios	( )	( )
77.- Dificultad para conciliar el sueño	( )	( )
78.- El impulso de quitarse la vida	( )	( )
79.- Un período frecuente de lloreras	( )	( )
80.- Frecuente sensación de dolor sin motivo aparente	( )	( )
81.- Que tomar medicamentos por problemas de nervios	( )	( )
82.- Problemas con el alcohol	( )	( )
83.- Otro problema emocional importante (En caso afirmativo, indique cual)	( )	( )
<hr/>		

CUADRO 10.8

Otras consideraciones:	SI	NO
84.- Toma alcuualmente medicamentos (En caso afirmativo indique cuales)	( )	( )
_____		
_____		
_____		
85.- Tiene otros problemas de salud que no hallamos citado y que usted considera que debíamos conocer. (En caso afirmativo, indíquelos)	( )	( )
_____		
_____		
_____		
86.- Se le han hecho radiografias (En caso afirmativo, diga:)	( )	( )
- Cuando?: _____		
- En que parte?: _____		
97.- Ha sido irradiado?	( )	( )
(En caso afirmativo, diga:)		
- Cuando?: _____		
- En que parte?: _____		



CUADRO 10.9

Esta hoja a cumplimentar sólo por los niños.

- |   | SI  | NO  |
|---|-----|-----|
| 88.- Tuvo la madre alguna enfermedad durante el embarazo?                                   | ( ) | ( ) |
| 89.- Tomó la madre medicamentos durante el embarazo?<br>(En caso afirmativo indique cuales) | ( ) | ( ) |
| <hr/>   |     |     |
| 90.- Tomó drogas durante el embarazo  | ( ) | ( ) |
| 91.- Fué un niño prematuro  | ( ) | ( ) |
| 92.- Se le hicieron transfusiones de sangre   | ( ) | ( ) |
| 93.- El niño fué amamantado   | ( ) | ( ) |
| 94.- El niño tomó biberón   | ( ) | ( ) |
| 95.- Se le dió una alimentación con mama y biberón  | ( ) | ( ) |
| 96.- Se le han dado al niño suplementos de vitaminas hierro, flúor, etc                     | ( ) | ( ) |
| 97.- El niño ha estado hospitalizado alguna vez<br>(En caso afirmativo, indique el porqué)  | ( ) | ( ) |
| <hr/>   |     |     |
| 98.- El niño ha estado operado alguna vez<br>(En caso afirmativo indique porque)            | ( ) | ( ) |
| <hr/>   |     |     |

CUADRO 10.10

99.- El niño ha tenido alguna enfermedad ( ) ( )  
importante que debamos conocer.  
(En caso afirmativo indique cual)

---

CUADRO 10.11

<b>H.C.O.P.</b> <b>ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA</b> <b>VALENCIA.</b> <b>BASE DE INFORMACION</b> <b>Resumen del cuestionario de Salud</b>	<b>NºHICº:</b> _____ <b>APELLIDOS:</b> _____ <b>NOMBRE:</b> _____ <b>FECHA:</b> _____	
<b>PROBLEMAS MEDICOS</b>		
1	_____	
2	_____	
3	_____	
4	_____	
5	_____	
6	_____	
7	_____	
8	_____	
<b>ALERGIAS</b>		
1	_____	
2	_____	
3	_____	
4	_____	
5	_____	
<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>DOSIS</b>	<b>ACCIONES</b>
1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____
5	_____	_____
6	_____	_____
7	_____	_____
8	_____	_____

CUADRO 10.12

H.C.O.P.	Nº H°Cº: _____
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA	APELLIDOS: _____
VALENCIA.	_____
BASE DE INFORMACION	NOMBRE: _____
Datos demográficos y sociales	FECHA: _____

APELLIDOS: _____	NOMBRE: _____
DIRECCION: _____	_____
(Calle o plaza)	(Ciudad)
_____	_____
(Provincia)	(Dist. Postal)
DIRECCION: _____	_____
(Por cambio) (Calle o plaza)	(Ciudad)
_____	_____
(Provincia)	(Dist. Postal).

TELEFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

TELEFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_  
(Por cambio).

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

EDUCACION: Graduado escolar E.G.B. B.U.P. F.P. UNIVERSITARIO

OCUPACION ACTUAL: \_\_\_\_\_

Nº DE HERMANOS: \_\_\_\_\_ EDAD HERMANOS \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_

PROFESION PADRE: \_\_\_\_\_ PROFESION MADRE \_\_\_\_\_

FECHA ULTIMA REVISION DENTAL: \_\_\_\_\_ NOMBRE DENTISTA \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA CONSULTA: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA ULTIMA REVISION MEDICA: \_\_\_\_\_ NOMBRE MEDICO \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA CONSULTA: \_\_\_\_\_

REMITIDO A ESTA CONSULTA POR: \_\_\_\_\_

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A: \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_

CUADRO 10.13

H.C.O.P. ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA VALENCIA BASE DE INFORMACION Anamnesis, Antecedentes.		Nº H°Cº _____ APELLIDOS: _____ _____ NOMBRE: _____ FECHA : _____
ANAMNESIS	<u>Motivo de la consulta</u>	
HISTORIA CLINICA BUCAL.	<u>Revisión oral:</u> . Frecuencia . Última revisión  <u>Profilaxis:</u> . Frecuencia . Última revisión  <u>Exodoncias:</u> . Última exo . Motivo . Complicaciones  <u>Tto. Ortodoncia</u> . Tipo  <u>Prótesis</u> . Fija . Removible . Modificaciones  <u>Tto. periodontal:</u> . Detartrajes . Ajuste oclusal . Cirugía perio  <u>Endodoncias:</u>	<u>Tto. quirúrgico:</u> . Causas  <u>Hábitos:</u> . Tabaco (Tipo/nº) . Alcohol (Cantidad/día) . Azucar . Otros  <u>Higiene oral:</u> . Veces que se cepilla al día . Tipo de capillo . Tipo de pasta . Water-Pick . Seda dental . Palillos . Otros
HISTORIA CLINICA GENERAL.	<u>Antecedentes PERSONALES</u>  <u>Antecedentes FAMILIARES</u>	

CUADRO 10.14

<b>H.C.O.P.</b> <b>ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA</b> <b>VALENCIA</b> <b>BASE DE INFORMACION</b> <b>Examen físico</b>		<b>Nº HºCº:</b> _____ <b>APELLIDOS:</b> _____ <b>NOMBRE:</b> _____ <b>FECHA:</b> _____	
<b>SIGNOS</b>  <b>VITALES</b>	<b>Peso:</b> _____ <b>Talla:</b> _____ <b>Pulso:</b> _____ <b>P.A.:</b> _____ <b>Resp./min.</b> _____ <b>Altura:</b> _____		
<b>EXPLORACION</b>  <b>CLINICA.</b>	<b>INSTRUCCIONES:</b> Utilizar NHP (no hay patología) si no existen anomalías. En caso contrario, hacer una descripción verbal en el espacio dado, incluyendo tamaño, forma, situación, aspecto, color y cualquier rasgo característico o significativo de la anomalía.  <b>CABEZA:</b>  <b>CARA:</b>  <b>CUELLO:</b>  <b>SIMETRIA FACIAL:</b>  <b>LABIOS:</b>  <b>MUCOSA BUCAL Y VESTIBULAR:</b>  <b>INSERCIONES PERIFERICAS Y FRENILLOS:</b>  <b>LENGUA:</b>  <b>PALADAR:</b>  <b>SUELO DE BOCA:</b>  <b>GLANDULAS SALIVARES:</b>  <b>ENCIAS:</b>		

CUADRO 10.15

H.C.O.P. ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA VALENCIA BASE DE INFORMACION Exámen físico. (2)		N° HºCº: _____ APELLIDOS: _____ _____ NOMBRE: _____ FECHA: _____
EXPLORACION CLINICA	MOVIMIENTOS MANDIBULARES Y A.T.M.:  ZONAS EDENTULAS: . Reabsorción: . Espacio intermaxilar: . Mucosas:  OCLUSION: . Contactos prematuros (céntrica): . Deslizamientos en centrica: . Interferencias: - Trabajo: - Balanceo: - Protusiva: . Alteraciones antero-posteriores: - Clase de Angle: Caninos Molares - Resalte: - Mordidas cruzadas anteriores: . Alteraciones verticales: - Mordidad abiertas: - Sobremordida: . Alteraciones transversales: - Mordidas cruzadas laterales: - Desviaciones mandibulares: - Desviaciones línea media: - Asimetrías: . Facetas de desgaste:	

CUADRO 10.16

<p>H.C.O.P.</p> <p>ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA</p> <p>VALENCIA</p> <p>BASE DE INFORMACION</p> <p>Exámen dental.</p>	<p>Nº IIº Cº: _____</p> <p>APELLIDOS: _____</p> <p>NOMBRE: _____</p> <p>FECHA: _____</p>
<p><b>CONDICIONES ACTUALES</b></p> <p><b>REGISTRO DE TRATAMIENTO</b></p>	<p><b>COMENTARIOS</b></p>



CUADRO 10.17

H.C.O.P. ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA VALENCIA BASE DE INFORMACION Higiene oral: Indices de placa y sangrado		N° H* C* : _____ APELLIDOS : _____ _____ NOMBRE : _____ FECHA : _____	
--	--	---	--

AÑO									
DIA/MES									
%	100								
	90								
PLACA	80								
○—○—○	70								
SANGRADO	60								
⊕---⊕---⊕	50								
	40								
	30								
	20								
	10								

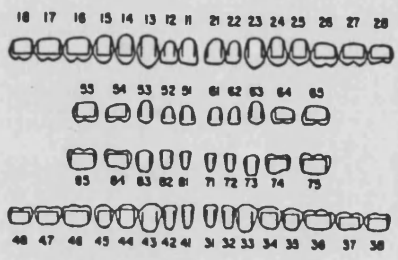
INDICES DE PLACA Y GINGIVITIS (Hemorragia).

<p>PLACA</p> <p>INDICE _____ FECHA _____</p>	<p>HEMORRAGIA</p> <p>INDICE _____ FECHA _____</p>
<p>INDICE _____ FECHA _____</p>	<p>INDICE _____ FECHA _____</p>
<p>INDICE _____ FECHA _____</p>	<p>INDICE _____ FECHA _____</p>

CUADRO 10.18

<b>H.C.O.P.</b> <b>ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA</b> <b>VALENCIA</b> <b>BASE DE INFORMACION</b> <b>Datos radiológicos</b>	<b>Nº HºCº:</b> _____ <b>APELLIDOS:</b> _____ _____ <b>NOMBRE:</b> _____ <b>FECHA :</b> _____
<b>TIPO Y FECHA de las radiografías:</b>	
<b>Dientes AUSENTES:</b>	
<b>Dientes IMPACTADOS:</b>	
<b>A.T.M.:</b>	
<b>SENOS Y FOSAS NASALES:</b>	
<b>HUESOS MAXILARES:</b>	
<b>Tejidos BLANDOS:</b>	
<b>LIGAMENTO periodontal y LAMINA DURA:</b>	
<b>LINEA del hueso periodontal:</b>	
<b>CALCULOS:</b>	

CUADRO 10.19

H.C.O.P. ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA VALENCIA BASE DE INFORMACION Datos radiológicos (2)	Nº IIº Cº: _____ APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____ FECHA: _____
<b>CARIES:</b>	
 <p>18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 65 64 63 62 61 71 72 73 74 75 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38</p>	
<b>OBSERVACIONES:</b>	
<b>Radiografías SUPLEMENTARIAS requeridas:</b>	







CUADRO 10.23

H.C.O.P. ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA VALENCIA INFORME DE ALTA Servicio de _____	Nº HªCª: _____ APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____
ALTA POR: _____	
<u>MOTIVO DE LA CONSULTA:</u>	
 <u>PROBLEMAS AL INGRESO Y EVOLUCION:</u>	
 <u>PROBLEMAS PENDIENTES AL ALTA:</u>	
Médico encargado	
Médico Jefe	
Valencia _____ de _____	

PROPUESTA PARA LA NORMALIZACION DE SIMBOLOS DEL ODONTOGRAMA.

Como ya indicamos, en el capítulo "NORMALIZACIÓN EN LOS SIMBOLOS DEL ODONTOGRAMA", no hay un acuerdo entre los autores, ni entre instituciones, a la hora de expresar gráficamente una serie de procedimientos, lesiones, etc, sobre el esquema dental.

Tampoco en la Escuela de Estomatología de Valencia de utilizar los mismos símbolos en todos los Servicios.

Estas anotaciones por medio de símbolos deben hacerse de forma sistemática.

Cuando tengamos que realizar algún procedimiento o indicar alguna patología que no venga indicada por los símbolos, no inventaremos un nuevo símbolo que no esté normalizado, sino que en el margen derecho del gráfico dental, aparece una zona donde se anotarán los COMENTARIOS, y en la que podamos anotar



procedimientos o lesiones no descritos por los símbolos, o bien, podamos anotar los materiales utilizados en las restauraciones, etc..

Una serie de criterios definen las características de los símbolos, como son:

- Simplicidad: los símbolos han de ser fáciles en cuanto a la forma y a los colores a utilizar (deben ser el mínimo número de colores). Nosotros proponemos el uso de dos colores, el azul (para procedimientos ya realizados por otros profesionales) y el rojo (para procedimientos y lesiones realizadas por nosotros).
- Aceptabilidad: deben ser símbolos de uso común en los manuales odontológicos al uso, y si es posible en la propia Escuela de Estomatología.
- Facilidad: de identificación y diferenciación entre símbolos.

Por todo ello, y basándonos en una serie de símbolos propuestos por diferentes autores de re-

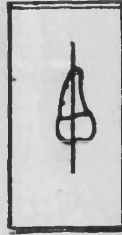
ciente publicación, hacemos una PROPUESTA PARA LA NORMALIZACION DE SIMBOLOS DEL ODONTOGRAMA, que consta de un total de 26 símbolos distintos, y aparece en la tabla adjunta. (Tabla 10.24)

Propuesta que esperamos sea de la máxima utilidad para todos los usuarios.

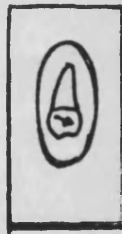
Tabla 10.24

SIMBOLOS NORMALIZADOS DEL ODONTOGRAMA.

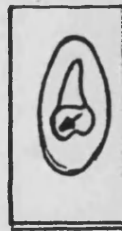
1.- EXODONCIA.



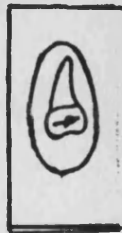
2.- IMPACTADO MESIOANGULAR.



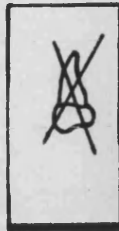
3.- IMPACTADO DISTOANGULAR.



4.- IMPACTADO HORIZONTAL.



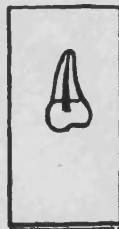
5.- PIEZA AUSENTE.



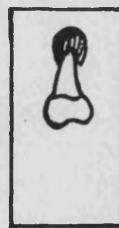
6.- DIASTEMA.



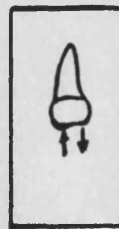
7.- ENDODONCIA.



8.- LESION APICAL.



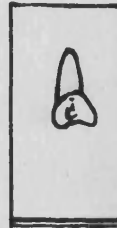
9.- EXTRUSION O INTRUSION.



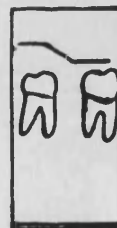
10.- MESIALIZACION O DISTALIZACION.



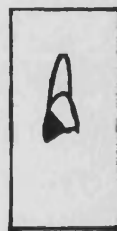
11.- DIAGNOSTICO INCIERTO.



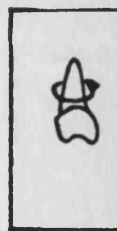
12.- DISCREPANCIA BORDE MARGINAL.



13.- FRACTURA DENTAL.



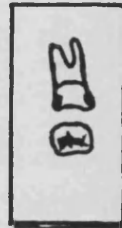
14.- ROTACION DENTAL.



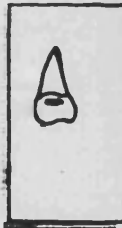
15.- IMPACTACION DE ALIMENTOS.



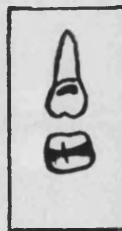
16.- CARIES MOD.



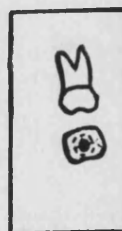
17.- CARIES CLASE V.



18.- RESTAURACION.



19.- CARIES RECURRENTE.



20.- ONLAY.



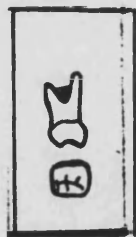
21.- CORONAS.



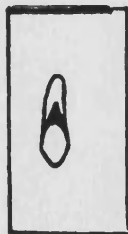
22.- PUENTES.



23.- LESION FURCA.



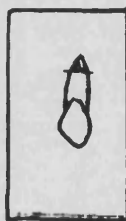
24.- RECESION GINGIVAL.



25.- SONDAJE PERIODONTAL.



26.- APICECTOMIA.





11

RECAPITULACION Y COMENTARIOS

A LOS RESULTADOS.

Basándonos en los fundamentos doctrinales y metodológicos descritos en los seis primeros capítulos, del presente trabajo y en el estudio directo de campo, realizado con fecha Junio de 1985, que nos lleva a analizar la situación actual de la Escuela de Estomatología de Valencia, podemos ya pasar a realizar una serie de consideraciones y propuestas, que puestas en funcionamiento en la citada institución y haciendo las pertinentes modificaciones, podrían aportar luz a cuestiones como las referentes a la unificación de las historias clínicas en una única por paciente, la estandarización de dichos documentos, la conservación, numeración y archivos de los mismos, normalización de documentos, etc.

Igualmente podría ayudarnos a la simplificación de los pasos para la recepción de pacientes, altas, etc., lo que redundaría en una mejor atención médica y de mayor calidad a nuestros pacientes. Así mismo, sería de gran ayuda en el proceso de recuperación de datos y documentos, al igual que nos ayudaría

para la confección de estadísticas y control de rendimiento de la Escuela de Estomatología de Valencia.

A.- DOCUMENTO PRIMARIO.

1.- Desde la perspectiva de la integración de la historia clínica.

Ya hemos visto como una serie de autores (STONE, 1927 ; ACHESON, E.D. 1962 ; WEED, L.L., 1964 ; PERIS, R., 1974 ; INGBER, J.S. ; ROSE, L.F., 1975 ; TRYON, A.F., 1983 a y BENJAMIN, F.H., 1977) y una serie de instituciones (Informe TUNBRIDGE, 1965 ; Informe WALKER, 1970 ; AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, 1972 ; AMERICAN MEDICAL RECORD ASSOCIATION, 1974 y la O.M.S., 1969) preconizan el sistema de historia clínica única, personal, integrada y acumulativa. Y además desaconsejan (O.M.S., 1969) el mantenimiento de las historias clínicas en distintos departamentos o servicios del hospital.

Apoyándonos en estos hechos nombrados, y en el estudio directo de campo realizado por nosotros en la

- . De los diez modelos diferentes de historia clínica existentes sólo están normalizados, según el modelo A4, el de el Servicio de Ortodoncia, y la Hoja de Evolución de tratamiento (modelo H.U. 050) usadas por los Servicios de Cirugía Oral y Estomatología médica (Tabla 7.32).
- . La toma de datos de identificación del paciente no están estandarizados en ninguna de las diez historias clínicas existentes en la actualidad en la Escuela de Estomatología de Valencia. (Tabla 7.21).
- . Esto impide el poder obtener una serie de estadísticas comparables con otros centros de la C.E.E.
- . No tienen estos documentos (historias clínicas) unos márgenes estadarizados, ni tampoco todos ellos están impresos en la misma calidad de papel o cartulina. En papel 7 historias clínicas, en cartulina 1 historia clínica, en papel y en cartulina dos (Ver tabla 7.32).
- . En cuanto al color, todas son blancas excepto la historia clínica de Ortodoncia que es amarilla. (Ver tabla 7.32).

Escuela de Estomatología de Valencia, observamos que:

- . La Escuela de Estomatología de Valencia carece de una historia clínica única, personal, integrada y acumulativa.
- . Los pacientes que asisten a esta institución pueden tener tantas historias como Servicios les hayan visitado. (Total 10 historias diferentes) (Ver tabla nº 7.21)
- . Esto produce un deficiente intercambio de información entre los diferentes Servicios que componen la Escuela de Estomatología de Valencia.
- . En la Escuela de Estomatología cada Servicio guarda sus propias historias clínicas.
- . Se produce una duplicidad innecesaria de trabajo, tanto por parte del personal médico como del paramédico.
- . Existen evidentes dificultades, sino hay un intercambio de información fluida, para la comparación de resultados incluso dentro de la misma especialidad.
- . Se ocasiona un aumento de los costos económicos.

2.- Desde la perspectiva de la normalización de la historia clínica.

Al exponer las normas de estandarización o normalización de los documentos primarios, ya vimos que existía un acuerdo entre instituciones (AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, 1972 ; Informe WALKER, 1970 ; Informe TUNBRIDGE, 1965 y O.M.S., 1969) y autores (DIXON, R.R., 1972 ; HOPPER, E.J., 1972 y BENJAMIN, B., 1977) de que los documentos debían ser normalizados, aunque con una cierta flexibilidad y adaptándose a las necesidades de cada institución, ya que la normalización facilita la toma de datos y la consulta de la historia clínica del paciente.

La mayoría de autores citados coinciden en que el tamaño estandar a utilizar debe ser el modelo A4.

También recalcan que los datos de filiación o datos básicos mínimos deben estandarizarse.

Al comparar los datos citados con el estudio llevado a cabo por nosotros (1985), observamos que:

- . De los 10 documentos de uso general en la Escuela de Estomatología de Valencia:
  - Son propios de la Escuela de Estomatología, 1
  - Son del Hospital Clínico, 8
  - Son del Insalud, 1
- Todos estos documentos están normalizados excepto el del INSALUD (como vemos en la descripción de documentos de uso general).
- . En definitiva, la organización clínica no es homogénea ni está normalizada en el conjunto de la Escuela de Estomatología de Valencia (Ver tabla 7.20).

### 3.- Desde la perspectiva de la conservación de las historias clínicas.

Otro aspecto importante a tratar dentro del S.R.I. Clínica es la conservación de los documentos primarios. Estas historias clínicas son documentos vivos y abiertos, como ya explicamos en el capítulo de la conservación de la historia clínica, y por ello producen un aumento de volumen hasta llegar al punto de ser un inconveniente por el espacio que ocupan.

Sabemos que en la Escuela de Estomatología de Valencia, aún no se ha planteado un verdadero problema de espacio para el archivo de las historias clínicas, por ser una institución joven y de reciente creación.

Pero nuestro punto de mira debe estar puesto en el futuro y por ello aconsejamos instaurar un método para reducir el tamaño de los archivos, que bien puede ser:

- . Remitir las historias clínicas a archivos inactivos. De esta forma no solucionamos el problema de espacio que ocupan los documentos, pero sí facilitamos la búsqueda de las historias clínicas activas. Actualmente esta sistema ya lo siguen en la Escuela de Estomatología de Valencia los Servicios de Prótesis removible y el de Odontología Conservadora.
- . Otro sistema es archivar las historias clínicas inactivas en forma de microfilms. Es un sistema rápido para la localización de historias clínicas microfilmadas. La vida del microfil se espera que sea de unos 100



años. La hoja estandar A4 se coloca en un microfil de 7.5 x 12.

Por contra tiene un elevado coste económico, y además se necesita un tiempo para poder preparar los documentos antes de microfilmarlos.

- . Un tercer método para la conservación de documentos es la introducción de los datos en un computador, es el método más cómodo y eficaz, eliminándose mucho trabajo manual. Sólo en el caso de los discos ópticos. Es un sistema más avanzado que los microfilms.

A estos métodos de archivo de documentos primarios, ya procesados y tratados, bien en su forma original o en copias, es a lo que se le denomina, en el sistema de recuperación de información (S.R.I.) clínica, MEMORIA PASIVA.

4.- Desde la perspectiva de la numeración de las historias clínicas.

La numeración de las historias clínicas es fundamental para su archivo, ya que este número de referencia de los documentos primarios es un instrumento básico para la recuperación de la información.

En este punto tanto los autores (FERRERO, C. y GIACOMINI, H.E., 1973 ; BENJAMIN, B., 1977 ; ROGER, F.H. 1982 y TERRADA, M.L., 1983), como las instituciones consultadas (AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, 1972 ; AMERICAN MEDICAL RECORD ASSOCIATION, 1974 y O.M.S., 1969) coinciden en afirmar que el mejor método para el archivo de historias clínicas, es la numeración única por paciente.

En la tabla 7.20 del presente estudio, podemos comprobar como hay tres Servicios en la Escuela de Estomatología de Valencia (Cirugía oral, Prótesis removable y Patología médica) que siguen el método de numeración única por paciente, para el archivo de sus historias clínicas. (Método más recomendado por autores e instituciones).

- . Remitiéndonos de nuevo a la tabla 7.20 ya citada, observamos que hay cuatro Servicios (Odontología conservadora, Prótesis fija, Ortodoncia y Estomatología infantil) que utilizan una numeración cronológica, año/número, para sus historias clínicas.
- . Hay otros dos Servicios (Periodoncia y Oclusión) en la Escuela de Estomatología de Valencia que ordenan sus historias por orden alfabético.
- . Por último, hay otro Servicios (Endodoncia) que utiliza el sistema de numeración correlativa para las historias clínicas.
- . En la Escuela de Estomatología de Valencia por tanto no hay unanimidad en la elección de la forma de numeración de las historias clínicas, haciendolo de cuatro formas distintas.

5.- Desde la perspectiva del archivado de las historias clínicas.

- . Atendiendo al tipo de archivo, la Escuela de Estomatología de Valencia, lo tiene des-

- centralizado, ya que cada Servicio guarda sus propias historias.
- . Como archivo descentralizado que es, utiliza el equipo más usado en estos casos, que es el archivo o fichero de cajones. Pero que no es el más recomendado. Deberían usarse estanterías. (FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F., 1973).
  - . Según observamos al analizar la tabla 7.32:
    - Nueve Servicios utilizan sobre para el archivado de las historias clínicas. Aunque en uno de los casos el sobre forma parte de la historias clínica (Endodoncia).
    - De los nueve Servicios que utilizan sobre, 7 son del tamaño A3 y pertenecen al Hospital Clínico Universitario (No son propios de la Escuela de Estomatología). Los otros 2 sobre no son del tamaño A3 y son propios del Servicio correspondiente (Prótesis removible y Endodoncia).
    - Un Servicio (Ortodoncia) utiliza carpeta de plástico para el archivado de la historia clínica.

6.- Desde la perspectiva de la recuperación de documentos.

Como ya hemos expuesto en el capítulo 4 del presente estudio, en el sistema de recuperación de la información (S.R.I.) clínica hay una serie de instrumentos para la recuperación tanto de documentos (4.1.1.1.), como para la recuperación de datos. (4.1.1.2.)

Para la recuperación de documentos primarios nos serviremos de una serie de índices (índice general de pacientes, índice de diagnósticos, índice de operaciones e índice de médicos). La recuperación de la información es el último proceso dentro de un S.R.I. clínica y su objetivo primordial.

La recuperación de documentos consta según la monografía de la profesora TERRADA, M.L. (1983) sobre La documentación médica como disciplina, de dos operaciones:

a.- Construcción del perfil de búsqueda: consiste en elaborar una serie de caracteres distintivos que satisfacen la solicitud de la información.

b.- Selección: consiste en la comparación del conjunto de caracteres distintivos, que forma el perfil de búsqueda, con los perfiles documentales, organizados en la memoria activa, mediante unas reglas (criterios de similitud), que nos permiten decidir cuando el conjunto de caracteres distintivos de un documento satisface el perfil de búsqueda y cuando no.

Según observamos en la tabla 7.20:

- No existe un índice general de pacientes en la Escuela de Estomatología de Valencia.
- Existe un índice de pacientes en 8 Servicios (Cirugía oral, Patología médica, Prótesis I, Odontología, Oclusión, Prótesis II y Ortodoncia).
- Existe índice de diagnósticos en 2 Servicios (Cirugía oral y Patología médica).
- Todos los Servicios de la Escuela de Estomatología de Valencia carecen de índices de operaciones y de índices de médicos.

7.- Desde la perspectiva de la recuperación de datos.

Para la recuperación de la información de la Escuela de Estomatología de Valencia, hemos de recurrir directamente a la historia clínica o documento primario, ya que se carece totalmente de un sistema de recuperación de la información (S.R.I.) clínica. Por tanto no se puede recurrir en ningún caso a obtener directamente una serie de datos que se extraen habitualmente de los documentos en la indización.

Para la recuperación de datos, datos que son útiles para la realización de una serie de estadísticas estandarizadas (morbilidad, rendimiento de la institución, etc) y como base para un proyecto de investigación, hay que tener en cuenta que sólo se podrán recuperar aquellos que previamente se haya previsto hacerlo, es decir, los datos básicos mínimos. O.M.S. (1969), AMERICAN MEDICAL RECORD ASSOCIATION (1974), ROGER, F.H. (1982).

Por ello al observar la tabla 7.20 vemos que:

- . Los ficheros de filiación de pacientes de la Escuela de Estomatología de Valencia,

en total de 8, se ordenan por orden alfabético.

- . No todos los datos de filiación a recuperar coinciden en los diferentes Servicios que componen la Escuela de Estomatología. Tan solo, coinciden 2 datos (Nombre del paciente y nº de historia clínica) de entre los 8 Servicios que utilizan estas fichas.
- . En la historia clínica no figura la anamnesis como tal en cinco historias, lo que no significa que no se realice. Es por ello que hay una falta de ordenamiento al realizar y escribir los datos dentro de la historia clínica.
- . Los datos obtenidos en la historia clínica psicológica ambiental sólo se recogen en dos de las diez historias clínicas.
- . La exploración clínica bucal es el dato más buscado en la historia clínica dental de la Escuela de Estomatología de Valencia, junto con los datos de filiación.



- . Sólo se usan fichas y ficheros por diagnósticos en 2 Servicios de la Escuela de Estomatología de Valencia (Cirugía oral y Patología médica).
- . De los 10 Servicios existentes tan sólo uno de ellos (Patología médica) tiene un libro de biopsias.
- . Los datos a recuperar en la Escuela de Estomatología de Valencia con fines estadísticos no son comparables con los que recomiendan, como datos básicos mínimos la O.M.S. (1969), la American Medical Record Association (1974) o ROGER, F.H. (1982) en una encuesta realiza entre los hospitales de nueve países de la C.E.E.
- . Por todo ello, no se pueden obtener una serie de estadísticas en la Escuela de Estomatología de Valencia, sino se establecen una serie de datos básicos mínimos a recoger en cada historia clínica.

Si hacemos un análisis exhaustivo de los datos de los diez tipos de historias clínicas existentes en la Escuela de Estomatología de Valencia, basándonos en

la tabla 7.21, observamos que:

- . De un total de 270 datos que se obtienen de las 10 historias clínicas analizadas corresponden:
  - 25 a Cirugía Oral
  - 51 a Prótesis I
  - 69 a Odontología Conservadora
  - 24 a Patología Médica.
  - 36 a Endodoncia
  - 17 a Periodoncia
  - 72 a Oclusión
  - 62 a Prótesis II
  - 135 a Ortodoncia
  - 45 a Odontopediatria.
- . De los 270 datos tan sólo 3 de ellos coinciden o se repiten en las 10 historias clínicas.
- . De los 270 datos, sólo 2 coinciden o se repiten en 9 de las 10 historias clínicas.
- . Igualmente, sólo 2 datos de los 270 obtenidos se repiten en 8 historias clínicas.
- . Sólo 4 datos son coincidentes en 7 de las 10 historias clínicas.
- . Sólo 6 datos son coincidentes en 6 de las 10 historias clínicas.

- . Sólo 10 datos se repiten en 5 de las 10 historias clínicas.
- . Se repiten 14 datos de los 270 obtenidos en 4 de las 10 historias clínicas.
- . Se repiten 22 datos en 3 de las 10 historias clínicas.
- . Se repiten 54 datos en 2 de las 10 historias clínicas.

También hemos de destacar que en el capítulo de "LA INFORMACION ESTADISTICA", y después de revisar las publicaciones de O.M.S. (1969) , AMERICAN MEDICAL RECORD ASSOCIATION (1972) , AMERICAN MEDICAL RECORD ASSOCIATION (1974) y ROGER, F.H. (1982), sobre propuestas de datos básicos mínimos a recoger en todas la historias de los pacientes tanto hospitalarios como ambulatorios hemos realizado una propuesta de datos básicos mínimos a extraer de toda historia del paciente ambulatorio en estomatología. Propuesta reflejada en el apartado B de esta discusión.

8.- Si hacemos un estudio comparativo entre la Escuela de Estomatología de Valencia y el resto de las Escuelas de Estomatología españolas (Ver tabla 8.11) de los documentos primarios (historia clínica), documentos secunda-

rios (índices de pacientes, de diagnósticos y operaciones, médicos, etc...), estado de normalización de los documentos utilizados, tipos de archivos (archivos activos o inactivos) dentro de la memoria pasiva del sistema, modo de numeración de los documentos primarios, realización o no de estadísticas y tipos de indicadores que se utilizan, observamos que:

- . De los 8 Escuelas de Estomatología españolas, 7 tienen una o más historias clínicas y 1 Escuela de Estomatología (Santiago de Compostela) carece de historia clínica, de acuerdo con su respuesta a la encuesta realizada.
- . De entre las 7 Escuelas de Estomatología españolas que tienen historia clínica:
  - Es única en tres de ellas (Bilbao, Oviedo y Sevilla).
  - No es única en tres de ellas (Barcelona, Granada y Valencia).
  - En un caso no lo especifica (Murcia).
- . El archivado de las historias clínicas se realiza por:
  - Orden alfabético en 3 casos (Bilbao, Murcia y Granada).

- Orden numérico en 2 casos (Oviedo y Sevilla).
- Dependiendo del departamento en 2 casos (Barcelona y Valencia).
- . El archivado de las historias clínicas está centralizado en 4 Escuelas (Bilbao, Murcia, Oviedo y Sevilla) y no lo está en 3 (Barcelona, Granada y Valencia).
- . En las Escuelas que no están normalizadas las historias clínicas se archivan en los diferentes departamentos.
- . Sólo está siguiendose un criterio correcto de normalización (A4) de documentos en 1 Escuela (Sevilla), en 4 no están normalizadas (Granada, Murcia, Oviedo y Valencia) y el resto no contesta.
- . Utilizan ficheros de diagnóstico o de pacientes en:  
2 Escuelas (Valencia y Oviedo)  
El resto no contesta.
- . Sólo se utiliza un sistema automatizado en Oviedo.
- . No se realizan estadísticas en ninguna Escuela de España, sólo en Servicios aislados de la Escuela de Estomatología de Valencia.

9.- Desde la perspectiva de normalización de los símbolos del odontograma.

Podemos apreciar que existen abundantes diferencias entre las propuestas de los diferentes autores consultados en la bibliografía (Tabla 9.1)

- MERTZ propone 11 símbolos
- WANKA propone 13 símbolos
- SCHNEIDER " 18 "
- BARRANCOS " 18 "
- TRYON " 25 "

De entre todos los conceptos, sólo 7 están representados en las 5 propuestas. Aunque de estos 7 conceptos, los símbolos no coinciden exactamente en ninguno de los 5 odontogramas, aunque los hay parecidos.

Nosotros hemos realizado una propuesta de normalización de los símbolos del odontograma que consta de 26 símbolos (Tabla nº 10.24). Propuesta que hemos obtenido basándonos en las diferentes propuestas de los autores antes citados, apoyándonos en unos criterios de simplicidad, aceptabilidad y facilidad de identificación.

10.- Desde la perspectiva de la H.C.O.P. para odontoestomatología: Estudio comparativo entre la H.C.O.P. para odontoestomatología propuesta y las existentes en la Escuela de Estomatología de Valencia.

En la discusión de la presente Tesis Doctoral hemos querido introducir como otro punto de la misma, una serie de diferencias existentes entre el modelo de historia clínica dental orientada por problemas, propuesta por nosotros, y las historias clínicas actuales de la Escuela de Estomatología de Valencia.

Existen evidentemente una serie de diferencias entre las historias clínicas dentales, en número de diez, de la Escuela de Estomatología de Valencia y la historia clínica dental orientada por problemas que nosotros proponemos. Estas diferencias las vamos a resumir de manera sucinta en los cuadros que a continuación exponemos.

Estas diferencias no son insalvables.

Pasamos pues a exponerlas:

## HISTORIAS CLINICAS DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE VALENCIA.

- 1.- La Escuela de Estomatología no tiene una historia clínica única, personal, integrada y acumulativa; sino, tiene diez historias clínicas diferentes, tantas como Servicios.
- 2.- De estas historias sólo están normalizadas una de ellas en su totalidad.
- 3.- La toma de datos administrativos y demográficos no está estandarizada, ni incluso entre las propias historias de la Escuela.
- 4.- Las historias clínicas de la Escuela están orientadas por procedimientos.
- 5.- La numeración de la historia depende del Departamento. Unos lo hacen por orden alfabético, otros con números/año, etc.
- 6.- No se pueden obtener estadísticas, porque no se han establecido una serie de datos básicos mínimos para su recopilación.
- 7.- El tener diez historias diferentes hace que haya duplicidad de trabajo por parte del personal médico y paramédico.
- 8.- Este número elevado de historias hace que exista una falta de comunicación interna entre los mismos Servicios sobre los problemas de un paciente.
- 9.- Todo esto sugiere un aumento en los costes económicos.
- 10.- Facilita la formación del profesional, en período de aprendizaje, y sigue los procedimientos que éste ha realizado para resolver los problemas del paciente.
- 11.- Estas historias se conservan en archivos separados existentes en cada Departamento.
- 12.- No hay unos símbolos normalizados para el odontograma en la Escuela de Estomatología de Valencia.



## HISTORIA CLINICA DENTAL ORIENTADA POR PROBLEMAS (H.C.O.P.)

- 1.- Es una historia única, personal, integrada y acumulativa.
- 2.- La H.C.O.P. la presentamos normalizada según el modelo A4.
- 3.- Los datos demográficos y sociales de la historia están estandarizados.
- 4.- Nuestra historia clínica está orientada por problemas.
- 5.- Proponemos la numeración única por paciente, como ya hemos indicado en el punto número 1.
- 6.- Hemos incluido una serie de datos básicos mínimos que nos facilitarán la obtención de estadísticas comparables con otros centros de la C.E.E.
- 7.- Al ser una sola historia no hay duplicidad de trabajo, tanto entre el personal médico como el paramédico.
- 8.- El usuario (dentista) tiene información completa y detallada sobre dicho paciente, en un solo documento.
- 9.- Estos puntos anteriores sugieren un menor costo económico.
- 10.- Facilita la formación del profesional, en período de aprendizaje, y además ayuda al profesorado a conocer cual ha sido el raciocinio empleado por el alumno para instaurar una serie de tratamientos. Y así nos facilita la evaluación del alumno.
- 11.- Proponemos la creación de un archivo central donde se guarden las historias clínicas de todos los Servicios.
- 12.- Hacemos una propuesta normalizada de símbolos para el odontograma.

11.- Desde la perspectiva de la relación entre los diagramas de flujo y la historia clínica única.

La función de los diagramas de flujo es la de representar de un forma gráfica los pasos de un proceso o actividad. Estos diagramas nos permiten representar tanto la frecuencia como la dirección que sigue cada proceso.

Estos diagramas tuvieron su origen ligados a la computarización, al comercio y a la industria y se aplicaron por último en la organización sanitaria (Nuffield. Provincial Hospital Trust, 1967 y BADERMAN, N. et al. 1973).

FERRERO, C. (1973) recomienda el uso de estos diagramas para la sistematización de las consultas externas.

Al analizar los diagramas de flujo (ver epígrafe 7.3. fig. 1 a 6) en los que explicamos el proceso seguido por nuestros pacientes en las consultas externas y relacionar estos procesos o pasos seguidos por los pacientes, vemos que la historia clínica única que propone-

mos no alteraría de forma alguna la dinámica de movimiento de dichos pacientes. Es decir, al introducir una historia clínica única en sustitución de las diversas historias clínicas ya existentes no se alteraría de la forma más mínima la dinámica de estos flujogramas.

El mantenimiento de una historia clínica única no afectaría a la mecánica de recepción de pacientes, de forma sustancial, pero lo que sí ocurriría es que al estar las historias clínicas centralizadas y no en cada departamento, habría que ir al archivo central a buscar las historias clínicas de los pacientes para revisión o para continuación del tratamiento y habría que comprobar en el índice general de pacientes de la Escuela de Estomatología aquellos nuevos ingresos, para ver si tienen o no historia, y así evitar la duplicidad de las mismas.

Las ventajas de mantener una historia clínica única y centralizada son:

- No duplicidad de información.
- Información integrada y personal para cada paciente.
- Menor costo económico.

Las desventajas son:

- Que no se tiene la comodidad de mantener la historia clínica en el propio departamento, lo que facilita una consulta más rápida.

## B.- EL PERFIL DOCUMENTAL.

- 1.- Desde la perspectiva de la identificación y características personales.

Siguiendo el modelo básico del S.R.I. aplicado a la información sanitaria (PERIS, R., 1974 ; OMS, 1977b y TERRADA, M.L., 1983), vemos como todo documento primario (historia clínica) necesita ser tratado, antes de pasar a formar parte de la memoria pasiva, para posibilitar su recuperación. El objetivo primordial de este tratamiento o análisis documental mediante una serie de caracteres distintivos (indización). El perfil del documento es consecuencia directa de la indización, y resulta de la correspondencia unívoca de los términos expresados en el lenguaje natural de acuerdo con las reglas del lenguaje de búsqueda (TERRADA, M.L., 1983).

Este perfil documental mediante un vehículo de datos, soporte de la información una vez codificada y expresada en el lenguaje documental, pasa a formar parte de la memoria activa del sistema o colección de documentos secundarios (Índice general de pacientes, índice de diagnósticos, índice de médicos, etc..) (HUFFMAN, E.K., 1970 ; FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F., 1973 ; A.H.A., 1972 y BENJAMIN, B., 1977).

Apoyándonos en lo antedicho, hemos extraído una serie de caracteres distintivos o datos de la HCOP propuesta, que son:

- Nombre paciente.
- Nº de historia clínica.
- Fecha de nacimiento.
- Nombres paternos.
- Sexo.
- Estado civil.
- Ocupación.

Datos estos que forman parte del perfil documental de la HCOP dental por nosotros propuesta. Igualmente hemos obtenido una serie de usos o aplicaciones, que se pueden obtener con la utilización de estos datos o caracteres distintivos, entre los que citamos:

- Identificación del documento.
- Recuperación de documentos.
- Estadística de rendimiento.
- Epidemiología, etc..

Con los caracteres distintivos y con los usos o aplicaciones que podemos hacer de ellos hemos confeccionado la siguiente tabla:

CUADRO 11.1

USOS O APLICACIONES QUE PODEMOS DAR A LOS CARACTERES  
DISTINTIVOS O DATOS DE LA HCOP PROPUESTA.

USOS CARACTERES DISTINTIVOS	Identifi- cación document.	Recupe- ración docum.	Estadís- ticas de rendim.	Epi- demio logía	Analiz. (1)
Apellidos y nombre pac.	X	X			NO
Nº HªCª	X	X			NO
F. nacimiento	X	X	X (edad)	X (edad)	NO
Lugar nacim.	X	X		X	NO
Nombres paternos	X				NO
Sexo	X		X	X	NO
Dirección	X				SI
Estado civil	X			X	SI
Ocupación	X			X	SI

(1) En cada consulta.

2.- Desde la perspectiva de la recogida de datos:

¿Qué problemas se pueden plantear para la recogida de datos, que forman parte del perfil documental, de acuerdo con los diagramas de flujo actuales y en la HCOP dental única que proponemos?.

Desde el punto de vista de la actual organización de la Escuela de Estomatología de Valencia (diagramas de flujo), por el hecho de aplicar o introducir la HCOP dental única no se va a crear ningún tipo de problema en la recogida de datos que forman parte del perfil documental. Porque como veremos a continuación cada dato está perfectamente reflejado dentro del documento primario, excepto la hora de visita y la identificación del estomatólogo, por lo que son perfectamente recuperables después de cada consulta. No existiendo ningún tipo de impedimento, para la recuperación de estos datos, que sea incompatible con la sistemática actual de circulación de pacientes (diagramas de flujo) en la Escuela de Estomatología de Valencia. Siempre partiendo del supuesto de que hay una buena cumplimentación de los documentos primarios, para lo que habría que establecer un control de calidad.



3.- Desde la perspectiva de los indicadores de actividad asistencial y epidemiológicos.

A partir del capítulo 6 -INFORMACION ESTADISTICA- podemos obtener una serie de indicadores que nos ayudarán a evaluar el rendimiento de los Servicios y del personal y otros indicadores nos ayudarán a la obtención de estadísticas de morbilidad, etc.. (epidemiológicos).

Los indicadores citados son los siguientes:

PROMEDIO DIARIO DE CONSULTAS.

$$PDC = \frac{\text{Total de consultas externas durante un período}}{\text{Total de días del período}}$$

- PDC se puede obtener para el total de la Escuela de Estomatología de Valencia.
- PDC se puede obtener para cada Servicio por separado y comparar el rendimiento entre ellos.

RENDIMIENTO DE LA UNIDAD INSTRUMENTAL.

$$\text{RUI} = \frac{\text{Total n}^\circ \text{ de consultas externas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de horas utilizadas. (instrumentos utilizados)}}$$

(para ello es necesario indicar en el conjunto mínimo básico de datos la hora en que se realiza la consulta).

PORCENTAJE DE PRIMERAS CONSULTAS.

$$\text{PPC} = \frac{\text{Total de primeras consultas durante un período}}{\text{Total de consultas mismo período}} \times 100$$

PORCENTAJE DE CONSULTAS SOBRE UNA DETERMINADA ENFERMEDAD O TRATAMIENTO.

$$\text{PCE ó T} = \frac{\text{Total consultas en determinada enf. en un período}}{\text{Total de consultas mismo período}} \times 100$$

INDICE DE CONCENTRACION DE CONSULTAS.

$$\text{ICC} = \frac{\text{Total de consultas durante un período}}{\text{Total consultas de primera vez en mismo período}}$$

Es la inversa del cociente anterior. Mide el promedio de consulta que se brindan por cada una de primera vez.

Vistos estos indicadores de actividad observamos que para poder utilizarlas necesitamos una serie de datos básicos mínimos para las consultas externas. Apoyándonos en los datos básicos mínimos de la American Medical Record Association (1972) para el cuidado ambulatorio, y en los datos necesarios reflejados en los indicadores realizamos una propuesta de datos básicos mínimos a recoger; que son los siguientes:

A.- Datos de identificación permanente.

- 1.- Identificación de la persona.
- 2.- Lugar de nacimiento.
- 3.- Fecha de nacimiento.
- 4.- Sexo.

Estos datos son permanentes y se recogen al realizar la historia clínica por primera vez, en el caso del lugar de residencia puede variar en posteriores ingresos y hay que tenerlo en cuenta para modificarlo en tal caso.

B.- Datos a recoger en cada visita.

- 5.- Identificación del centro (hop., escuela, etc.)
- 6.- " del estomatólogo.
- 7.- " de la persona (sólo necesario en el caso que el documento no esté integrado en la historia clínica).
- 8.- Fecha de la visita y hora visita.
- 9.- Motivo de la consulta.
  - Problema nuevo a iniciativa paciente (S/N)
  - Remitido por: médico (S/N)
  - dentista (S/N)
  - Continuación consulta o revisión. (S/N)
- 10.- Denominación del problema.
- 11.- Exploraciones realizadas.
- 12.- Tratamientos realizados.
- 13.- Situación final del paciente.
  - Problemas pendientes al alta (S/N)
  - Alta (S/N)
  - Alta voluntaria (decide no volver) (S/N)

Obtenemos por tanto un total de 20 datos agrupados en 13 apartados, de estos:

- 4 datos son permanentes.
- 16 datos se recogen en cada visita.

3.1.¿ Qué indicadores podemos obtener con el conjunto mínimo básico de datos?.

Con el conjunto básico mínimo de datos propuesto se pueden obtener todos los indicadores de actividad y epidemiológicos reseñados al principio de este capítulo, que son:

- Promedio diario de consultas (PDC)´.
- Rendimiento de la unidad instrumental (RUI)´.
- Porcentaje de primeras consultas (PPC).
- Porcentaje de consultas sobre una determinada enfermedad o tratamiento (PDE ó T).
- Índice de concentración de consultas (ICC).

En la H.C.O.P. dental propuesta se recogen todos los datos reseñados dentro del conjunto mínimo básico de datos excepto:

- La hora de la visita, aunque como indicamos en el apéndice (capítulo 11) se puede añadir al final de cada nota de evolución.
- La identificación del estomatólogo, tampoco aparece reflejada como tal pero como indicamos en el capítulo 11 del apéndice cada nota de evolución irá firmada al final por el dentista que realice el acto. Podemos, si

nos interesa, introducir este dato en la lista de problemas al lado de la fecha de resolución.

Veamos ahora en que documento de la H.C.O.P. dental propuesta podemos encontrar cada uno de los datos del conjunto básico mínimo de datos:

CUADRO 11.2.

Nº	Conjunto mínimo básico de datos.	Nº Fig.	Documentos en que se encuentran.
	De identificación permanente.		
1	Identificación de la persona.	10.12	BASE DE INFORMACION D. demográf. y soc.
2	Lugar nacimiento	10.12	BASE DE INFORMACION D. demográf. y soc.
3	Fecha nacimiento	10.12	BASE DE INFORMACION D. demográf. y soc.
4	Sexo	10.12	BASE DE INFORMACION D. demográf. y soc.

Nº	Conjunto mínimo básico de datos.	Nº Fig.	Documentos en que se encuentran.
A recoger en cada visita.			
5	Identificación del centro.	-	En todos los docum. Angulo sup. izq.
6	Identificación del estomatólogo	10.23 10.22	INFORME DE ALTA NOTAS DE EVOLUCION Irán firmadas al final por el médico que la realice.
7	Identificación de la persona	10.12	BASE DE INFORMACION Datos demográficos y sociales y en todos los documentos en ángulo sup. dcho.
8	Fecha visita y hora visita.	-  10.22 10.20	En casi todos los document. en ángulo sup. dcho.  NOTAS DE EVOLUCION LISTA DE PROBLEMAS La hora de visita puede añadirse al final de las notas

Nº	Conjunto mínimo básico de datos.	Nº Fig.	Documentos en que se encuentran.
A recoger en cada visita.			
9	Motivo de la consulta. - Problema nuevo a iniciativa pac. - Remitido por: médico dentista - Continuación consulta o revisión	10.13  10.20  10.12  10.20 10.22	BASE DE INFORMACION Anamnesis. Anteced.  LISTA DE PROBLEMAS  BASE DE INFORMACION D. demográf. y soc.  LISTA DE PROBLEMAS NOTAS DE EVOLUCION
10	Denominación del problema.	10.20	LISTA DE PROBLEMAS
11	Exploraciones realizadas.	10.22	NOTAS DE EVOLUCION Precedidas por el símbolo Ex.-
12.-	Tratamientos realizados.	10.22	NOTAS DE EVOLUCION Precedidas por el símbolo T.-



Nº	Conjunto mínimo básico de datos.	Nº Fig.	Documentos en que se encuentran.
A recoger en cada visita			
13	Situación final del paciente. - Problema pendiente de alta - Alta  - Alta voluntaria	10.20  10.20 10.23 10.20  10.23 10.20 10.23	LISTA DE PROBLEMAS  LISTA DE PROBLEMAS INFORME DE ALTA LISTA DE PROBLEMAS Mirando la fecha de resolución del último problema. INFORME DE ALTA LISTA DE PROBLEMAS INFORME DE ALTA

3.2.¿Cómo podríamos extraer todos estos datos en cada visita?.

Los datos que se recogen en cada visita, se pueden obtener de dos formas:

- El propio dentista que se encargaría en cada visita de rellenar una hoja recogéndolos. Tiene la ventaja de un menor costo económico porque no hace falta una persona exclusiva para este fin. Tiene la desventaja de que el dentista no lo rellene adecuadamente por estar fuera de su finalidad primordial , el curar al enfermo.

- Un documentalista extrae de las distintas historias de los pacientes los datos citados y mediante un vehículo de datos, los pasa al ordenador para estadística. Ventajas: mayor fiabilidad a la hora de la recogida de datos, por ser un especialista en el tema, y ser ese su cometido. Desventajas: mayor coste económico.

#### C.- LA MEMORIA PASIVA.

Dentro de un S.R.I. clínica la profesora TERRADA, M.L. (1983) define como memoria pasiva toda colección de documentos primarios una vez procesados, bien sea en su forma original o en copias (microfilms, etc.). El archivado de esta colección documental, es decir, de las historias clínicas puede realizarse según FERRERO, C y GIACOMINI, H.F. (1973) y BENJAMIN, B. (1977) en archivos:

- Centralizados
- Descentralizados.

Ya vimos que ventajas y desventajas presentan cada una de estas formas, en el capítulo 4 epígrafe 4.1.3. (La memoria pasiva: numeración y archivado de la historia clínica). Los citados autores aconsejan un archivo centralizado.

Por otra parte el sistema más recomendable para el archivado de las historias clínicas es el numérico y dentro del sistema numérico es más conveniente asignar a cada paciente un número individual y único. (A.H.A., 1972 ; FERRERO, C. y GIACOMINI, H.C., 1973 ; BENJAMIN, B., 1977 ; O.M.S., 1980b y ROGER, F.H., 1982).

También en este mismo epígrafe se han expuesto las recomendaciones sobre los equipos y material a utilizar en el archivado de las historias clínicas, dadas por autores como HUFFMAN, E.K. (1970) ; FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F. (1973) ; A.H.A. (1973) ; BENJAMIN, B. (1977) y O.M.S. (1980b). Estas son entre otras:

- Utilizar estanterías, no ficheros de cajones.
- La estantería más baja debe estar a 10-12 cm del suelo.
- La estantería más alta no excederá los 150 cm de altura.
- Existirá un espacio de 5-10 cm entre la parte superior de la historia clínica y la estantería inmediata superior.
- No quedarán ángulos muertos al final de cada estantería.

Según el estudio de campo por nosotros realizado con fecha de junio de 1985, revela que cada uno de los Servicios de la Escuela de Estomatología archiva sus propias historias clínicas, se trata por tanto de un archivo descentralizado.

El archivado dependiendo del Servicio se hace numéricamente o por orden alfabético.

Archivándose en:

- 4 Servicios por numeración año/número
- 3 Servicios por numeración única
- 2 " por orden alfabético
- 1 " por numeración correlativa.

Todos los Servicios hacen el archivado en ficheros de cajones.

Resumiendo, en el siguiente cuadro vemos un aspecto comparativo entre las recomendaciones hechas por los autores citados sobre archivos, numeración de historias clínicas, etc. y el estado actual de la Escuela de Estomatología de Valencia.

CUADRO 11.3.

RECOMENDACIONES	ESTADO ACTUAL DE LA E.E. DE VALENCIA
- Archivos centralizados.	Archivos descentralizados.
- Numeración única por H <sup>a</sup> C <sup>a</sup>	Numeración depende de cada Servicio, haciéndolo de 4 formas distintas.
- Utilización de estanterías.	Archivos de cajones.

12

CONCLUSIONES.

Siguiendo paso a paso la estructura, elementos básicos y funciones del S.R.I., hemos procedido a realizar un estudio detallado de las recomendaciones básicas, características y normas a cumplir por los sistemas de recuperación de la información clínica. Así mismo se han revisado los aspectos básicos de la información sanitaria en odontoestomatología.

A continuación hemos realizado un estudio de observación de la situación actual de los sistemas de información clínica, centrándonos en la Escuela de Estomatología de Valencia, y una encuesta dirigida a las Escuelas españolas de referencia para poder valorar la situación de la Escuela de Estomatología de Valencia.

Por último, en base a la información recogida, además de realizar un propuesta de historia clínica orientada por problemas para odontoestomatología con las necesidades y recomendaciones actuales, llegamos a las siguientes conclusiones:

- 1.- La Escuela de Estomatología de Valencia carece de una historia clínica única, personal, integrada y acumulativa. Existiendo un total de 10 historias clínicas diferentes por paciente.
  
- 2.- La Escuela de Estomatología de Valencia no sigue un criterio de normalización:
  - a) De los documentos primarios, en cuanto se refiere a tamaño, márgenes, color y calidad del papel de las historias clínicas.
  - b) En la toma de datos de identificación del paciente.
  - c) En la numeración de las historias clínicas, haciéndose de cuatro formas distintas.
  - d) En el formato y calidad de las carpetas a utilizar para el archivado de las historias clínicas, presentándose en tres tipos diferentes de formato y calidad.
  
- 3.- La Escuela de Estomatología carece de una memoria activa (índices) para la recuperación de documentos. Aunque existe un índice de pacientes en ocho Servicios e índice de diagnósticos en dos Servicios.



- 4.- En la Escuela de Estomatología de Valencia no se ha previsto recuperar una serie de datos básicos mínimos con fines estadísticos. Por ello no se realizan estadísticas a nivel general.
- 5.- Al analizar el estudio comparativo, entre las Escuelas de Estomatología y la Escuela de Estomatología de Valencia, se pone en evidencia una falta de estandarización intercentros desde la perspectiva del SRI y se hecha en falta un conjunto mínimo básico de datos definido, común a todas ellas.
- 6.- Hemos realizado una propuesta normalizada de 26 símbolos para el odontograma, ya que no existe una normalización en la literatura consultada, y tampoco entre las historias clínicas de la Escuela de Estomatología de Valencia.
- 7.- Al comparar cada uno de los diagramas de flujo existentes versus la HCOP dental propuesta vemos que no se ocasiona la más mínima alteración en la dinámica de recepción de pacientes, ni en la dinámica de los flujogramas.

- 8.- Proponemos una serie de datos o caracteres distintivos para la indización de la H.C.O.P. propuesta, siguiendo las pautas del S.R.I. clínica.
- 9.- Proponemos igualmente un conjunto básico mínimo de datos (detallando en que documento podemos encontrar cada dato) para facilitar así la obtención de los indicadores de rendimiento y epidemiológicos descritos y obtener así unas estadísticas comparables con otros centros.
- 10.- La memoria pasiva que proponemos para el sistema se caracteriza por ser un archivo centralizado, seguir una numeración única por paciente y utilizar estanterías.
- 11.- Las ventajas que cabe esperar de la H.C.O.P. dental integrada en el contexto del S.R.I. clínica propuesto son:
  - a) Tener una historia clínica para toda la Escuela de Estomatología de Valencia, o cualquier otro centro docente y/o asistencial en Estomatología.

- b) Evitar duplicidad de trabajo, al ser una historia clínica única, para el personal médico y paramédico.
- c) Obtener toda la información de un mismo paciente en un solo documento.
- d) Dar por ello una mayor calidad asistencial.
- e) Facilitar la automatización.
- f) Facilitar la realización de trabajos de investigación basados en las propias historias clínicas.
- g) Menor costo económico.

13

BIBLIOGRAFIA.

ACHESON, E.D. (1967): Medical Record Linkage. London, Oxford University Press.

ADAMSON, E. (1974): The Teaching and Use of the Problem-Oriented Medical Record on Medical Schools. Journal of Medical Education, 49, 905-907.

AGUSTI MIR, E. (1971): Formato y composición de la historia clínica. Med. Esp., 65, 293.

AGUSTI MIR, E. (1971): Archivos Médicos Hospitalarios. Med. Esp., 65, 381-389.

ALEXANDER, W.N. (1983 a): The Health History Questionnaire En: Tryon, A.F., Alexander, W.N. (eds). The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington, Ginn Custom Publishing. USA. pp. 26-39.

ALEXANDER, W.N. (1983 b): The Physical Examination. En: Tryon, A.F., Alexander, W.N. (eds). The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington, Ginn Custom Publishing. USA. pp. 40-46.

ALEXANDER, W.N. (1983 c): The Dental Charts and Symbols  
En: Tryon, A.F. , Alexander, W.N. (eds). The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington, Ginn Custom Publishing. USA. pp. 47-56.

ALEXANDER, W.N. (1983 d): The Consultation Request. En: Tryon, A.F. , Alexander, W.N. (eds). The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington. Ginn Custom Publishing. USA. pp. 93-96.

ALEXANDER, W.N. ; NYSTROM, G.P. (1983): Patient Recall System. En: Tryon, A.F. , Alexander, W.N. (eds). The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington. Ginn Custom Publishing. USA. pp. 111-114.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (1962): Medical Record Forms. Chicago. American Hospital Association.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (1972): Medical Record Departments in Hospitals: Guide to Organization. Chicago. American Hospital Association.

AMERICAN MEDICAL RECORD ASSOCIATION (1974): Glossary of Hospital Terms. Chicago. American Medical Record Association.

BADERMAN, H. et al. (1973): Admission of Patients to Hospital. London. Kisy Edward's Hospital Fund.

BARON, M. (1979): Le dossier medical informatisé en carcinologie cervico-facial. Tesis doctoral. Facultad de Medicina Pitié-Salpêtriere. Paris.

BARRANCOS MONEY, J. (1981): Operatoria Dental. Técnica y clínica. Buenos Aires. Panamericana.

BARROWMAN, R.P. (1970): Forty Years Bach. Medical Record, 11, 93-66.

BATRES LEDON, E. (1982): Prácticas ergonomicas en odontología. Mejico. Ed. Continental.

BEEBY, E.M. (1970): Destruction or Space Problem. Medical Record, 11, 93-96.

BENJAMIN, B. (1977): Medical Records. London. William Heinemann Medical Books Ltal.

BERNIER, M. (1977): Medidas preventivas para mejorar la práctica dental. Buenos Aires. Mundi.

BOLTON, W.A. (1958): Disharmonies in tooth size lists relation to the analysis treatment of malocclusions. Angle Orthodont., 25, 113-130.

BOLTON, W.A. (1962): The clinical application of a tooth size analysis. Am. J. Orthod. 48, 504-529.

BONNKE, G. et al (1978): Interpretation of orthodontically treated by means of punched cords 2 Data at the completion of treatment. Stomatol DDR, 25, 377-382.

BROCKINGTON, F. (1964): La salud en el mundo. Buenos Aires. EUDEBA.

BROWN, J.C. (1983): The Systematic Patient Interview. En: Tryon, A.F.; Alexander, W.N. (eds). The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington, Ginn Gustom Publishing, USA pp. 23-25.

CANTRILL, S.V. (1972): A Problem- Oriented Medical Information System. En: HURST, J.W. ; WALKER, H.K. The Problem-Oriented System. Baltimore. Williams & Wilkins. pp. 268-273.



CANTRILL, S.V. (1979): Computerisation of the problem-orientated medical record. En: PETRIE, J.C. ; McINTYRE, N. The problem orientated Medical record. New York. Churchill. Livingstone. pp. 176-196.

CARBONELL GARCIA, J. (1968): Historia clínica para diagnóstico. An. Esp. Odontoestomat. 27, 304-310.

C.E.E. (1978 a): Journal Officiel des Communautés Européennes Législation. L 233, 16.

C.E.E. (1978 b): Journal Official des Communautés Européennes Communications et informations. C 202, 1.

CIATTO . (1982 ): Classification Internationale des Afecctions et Traitements en Traumatologie et Orthopédie. 2 Vols. Acta Orthopaedica.Belgica.

COHEN, M.E. y CECIL, J. (1982): Method for automated of a dental chart schematic using a computed cord reader. Community Dent. Oral Epidemial. 10, 264-267.

COHEN, S. y BURNS, R.C.: Endodoncia. Los caminos de la pulpa. Buenos Aires. Interamédica.

COLL DAROCA, J. (1974): Evolución histórica de la historia clínica. Suplemento Archivos Medicos, 187, 54-59.

CROSS, H.D. (1970): Educational needs as determined by the Problem-Oriented Medical Record. J. Maine Med. Assn. 61, 49-54.

COUNCIL ON HOSPITAL AND INSTITUCIONAL DENTAL SERVICES (1985): Hospital Dental statistics: an update. JADA, 110, 241-243.

CURTIS, M.R. (1976): Growth of a Decentralized Problem-Oriented Record System in a Children's Psychiatric Facility. Medical Record News, 47, 64-69.

DAVIES, H. (1972): The Weed System. American Journal of Cardiology. 30, 449-456.

DINSDALE, S.M. et al. (1974): La historia clínica orientada hacia los problemas del paciente en rehabilitación. Organización Panamericana de la Salud. HS (Serie RM) Nº 5.

DIXON, R.A. (1970): A Model of a Hospital's Patient Medical Information System. Methods. Inform. Med. 9, 88-97.

DIXON, R.A. (1972): Standardising Records Between Hospitals and Rationalising Within. Medical Record. 13, 81-83.

DIXON, R.A. (1972): The Range of Patient-Oriented Records Regained in a Teaching Hospital. Medical Record, 13, 2, 40-47.

DIXON, R.A. (1973): Linkage of Hospital and Community Medical Records. Medical Record. 14, 117-124.

DUFOUR, G. y PERRIN, R. (1980): Thésindex dentaire. Index alphabétique des sujets traités dans les thèses de sciences odontologiques et de chirurgie dentaire soutenues en France et dans certains pays de langue française. Thésindex dentaire. (Clermont-Ferrand).

DUGUID, R. et al (1982): Use of a computer to plot and compose periodontal jocret charts. Community Dent. Oral Epidemiol. 10, 320-322.

ECLES, J.D. y GREEN, R.M. (1978): La conservación de los dientes. Barcelona. Salvat.

FAYAD CAMEL, V. (1970): Estadísticas de recursos y servicios. Estadística médica y de salud pública. Merida. Venezuela. Univers. Andes. pp. 428-450.

FAYAD CAMEL, V. (1970): Programación de las actividades de salud pública. Estadística médica y de Salud pública. Mérida. Venezuela. Univers. Andes. pp. 453-455.

FAYAD CAMEL, V. (1970): Primera etapa: Medición de estado de salud del área y análisis de las posibles causas que lo determinan. Estadística médica y de Salud pública. Mérida. Venezuela. Univers. Andes. pp. 456-466.

FAYAD CAMEL, V. (1970): Segunda etapa: Contabilización de los recursos y determinación de sus rendimientos, costos y eficiencia. Estadística médica y de Salud pública. Mérida. Venezuela. Univers. Andes. pp. 467-479.

FAYAD CAMEL, V. (1970): Tercera etapa: programación propiamente dicha. Estadística médica y de Salud pública. Mérida. Venezuela. Univers. Andes. pp. 480-519.

FELDMAN, M.M. (1978): Programas de prepago: Pautas para la previsión de un tratamiento general y especializado integrado. En: Seide, L.J. (director). Odontología Restauradora. Enfoque dinámico e integral. Buenos Aires. Panamericana. pp. 630-678.

FERRIS, J.A.J. (1974): Forensic Problem in Medical Records. Medical Records. 15, 8-11.

FERRERO, C. y GIACOMINI, H.F. (1973): Las estadísticas hospitalarias y la historia. El departamento de información y archivo médico. Buenos Aires. El Ateneo. 156 pags.

FERRERO, C. (1978): Estadísticas y archivos médicos. En: A. Sonis (director). Medicina sanitaria y administración de salud. II. Atención de la salud. Buenos Aires. Ed. Ateneo. pp. 686-716.

FLEMING, J. (1983): Pediatric Problem-Oriented Dental Record. En: Tryon, A.F. y ALEXANDER, W.N. The User's to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington. Ginn Custom Publishing. USA. pag. 107-110.

FLEMING, J. (1983): Appendix B: Child PODR. En: Tryon, A.F. y Alexander, W.N. The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington. Guinn-Custom. Publishing. USA. pag. 139-162.

GARCIA, S. et al. (1985): La historia clínica orientada por problemas (H.C.O.P.): un valioso instrumento de trabajo en cuidados intensivos pediátricos. An. C. Intensivos. 11, 21-26.

GENERAL SERVICES ADMINISTRATION NATIONAL ARCHIVES AND RECORD SERVICE. OFFICE OF RECORD MANAGEMENT. (1960): Forms Analysis and Forms Design. Washinton, D.C., US. Government Printing Office.

GERTZOG, J. (1974): El cambiante concepto sobre historias clínicas. Organización Panamericana de Salud, H.S. serie MR nº 7. (edición a fotocopia).

GILMORE, H.W. y LUND, M.R. (1976): Odontología Operatoria. Mejico. Interamericana. 2ª Ed.

GITT, H.A. et al. (1975): The use of modern documentation methods in dental offices, an analysis of the literature. Stomatol. DDR, 25, 687-692.

GOLDSTEIN, R.E. (1980): Estética odontológica. Buenos Aires. Intermédica.

HAMMOND, K (1974): Mejoramiento de las historias clínicas de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud HS, serie RM N° 8. (Traducción del artículo: "Improving Patient Records" publicado en Clinical Pediatrics).

HODGSON, J.M. (1983 a): Acute Illness Record. En: Tryon, A.F. y Alexander, W.N. The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington. Ginn Custom Publishing. USA. pp. 100-106.

HODGSON, J.M. (1983 b): Appendix C: Acute Illness PODR. EN: Tryon, A.F. y Alexander, W.N. The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington. Ginn-Custom Publishing. USA. pp. 163-168.

HOPPER, E.J. (1972): A Group Medical Record System. Medical Record, 13, 11-15.

HOUSTON, W.J. (1979): The application of computer aided digital analysis to orthodontic records. Eur. J. Orthod. 1, 71-79.

HUFFMAN, E.K. (1970): Manual for Medical Record librarians. Berwyn, 11. Physicians Company.

HURST, J.W. (1971 a): Howto implement the Weed Systemm.  
Arch. Intern. Med. 128, 456-462.

HURST, J.W. (1971 b): The art and Science of Presenting  
a Patient's Problems. Arch. Intern. Med. 128, 463-465.

HURST, J.W. (1971 c): The problem-oriented record and  
the measurement of excellence. Arch. Intern. Med. 128,  
818-819.

HURST, J.W. (1971 d): Ten reasons why lawrwence Weed is  
right. N. Engl. J. Med, 284, 51-52.

HURST, J.W. (1972): How to create a continuons learning  
system. Americal Journal of Cardiology. 29, 889-891.

HURST, J.W. et al. (1973): More reasons why Weed is right.  
N. Engl. J. Med.288, 629-630.

IMMICH, H. (1966): Klinischer Diagnosenschlüssel. Stutt-  
gart. Ed. F.K. Schattauer-Verlag.

INGBER, J.S. y ROSE, L.F. (1975 a): The problem-oriented  
record: clinical application in a teaching hospital. J.  
Dent. Educ. 39, 472-482.



INGBER, J.S. y ROSE, L.F. (1975 b): The problem-oriented system. An approach to managing a comprehensive hospital dental service. Dent. Clin. North. Am. 19, 703-715.

INTERNATIONAL Classification of Diseases, 9 th rev. Clinical Modification (IC-9-CM) (1980). Washington. Department of Health and Human Services.

JIMENEZ GAN, M. (1969): Historia clínica hospitalaria. Med. Cirugía Guerra, 31, 7-12.

KATZ, McDONALD y STOOKEY (1982) Programa de control de caries . Odontología preventiva en acción. 3ª ed. Buenos Aires. Panamericana. pp. 125-169.

KEISER-NIELSEN, S. (1982): Digitalization of dental recording. Forensic.Sci. Int. 20, 153-161.

KOMENSKY, A.M. (1978): Ownweahip and maintenance of dental records. J. Am. Dent. Assoc. 97, 44-46.

KRATSCHMAR, A. (1978): Ergonomic method for recording diagnosis planning and course of treatment in dentistry. Czas. Stomatol. 31, 615-619.

LAIN ENTRALGO, P. (1961): La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. 2ªEd. Barcelona. Salvat.

LAIN ENTRALGO, P. (1982): El diagnóstico médico. Historia y teoría. Barcelona. Salvat. 425 pags.

LEWIS, C.A. (1971): Research in the Field of Routine Record Techniqnes. Medical Record. 12, 15-20.

LIE, T. (1981): The record system an important tool in the periodontal treatment. Nor. Tannlaegeforen Tid. 91, (W), 381-386.

MARGOLIS, C.Z. (1979: Problem-Oriented Record. A critical Review. Paediatriciam. 8, 152-162.

MARGOLIS, C.Z. ; NEWBORN, J.L. y SHEEHAN, T.S. (1979): Effect of the problem-oriented record system on care in a Pediatric Clinic. Pedit. Res. 13, 1047-1051.

McCARTHY, F.M. (1982): Ohysical Evaluation and Treatment modification. Medical Emergencies in Dentistry. Philadelphia. 2ª Ed. Ed. Jaunders. Co. USA. pp. 19-21.

- McINTYRE, N. ; DAY, R.C. y PEARSON, A.J. (1972). Can we write Dettter notes. Medical Record. 13, 49-59.
- McLEAN, P.D. et al. (1974): Evaluation of the problem oriented record in psychiatry. Arch. Gen. Psychiat. 31, 622-625.
- MERTZ, C.A. (1977): Dental identification. Dent. Clin. North. Am. 21, 47-67.
- METRESS, J.F. (1975): Standardized System for recording dental caries in prehistoria skeletons. J. Dent. Res. 54 (V), 908.
- MIJALOV, R.I. y GUILIAREVSKII, R.S. (1974): Curso introductorio de Informática y Documentación. Caracas. Instituto Venezolano de Productividad.
- MILHOUS, R.L. (1972): The problem-oriented medical records in rehabilitation management and training. Arch. Phys. Med. Rehabil. 53, 182-185.
- MONSON, R.A. (1976): La historia clínica orientada hacia los problemas y el médico. HS/serie RM/ Nº25. Organización Panamericana de la Salud.

MORICE, V. ; SZPIRGLAS, H. y CHASTANG, C. (1976): Une experience de dossier medical informatise en carcinologie cervico-faciale; son apport au suivi des malades et a la recherche clinique. Rev. Stomatol. Chir. Maxilofac. 77, 230-239.

NAHOULD, L.F. (1979): The dentist, his computer, basic principles minimum requirements. ZWR, 88, 1079-1080.

NELSON, (1975): Textbook of Pediatrics. Philadelphia. Saunders Company.

NIETO, A. (1969): Evolución, estructura y estilo de la historia clínica. Lecciones Med. 85, 4-22.

Nuffield Provincial Hospital Trust (1967): The How of Medical information in Hospitals. London. Oxford University Press.

NYSTROM, G. y GRUPE, H.E. (1983): Oral Assessment: Oral Hygiene/Periodontal Condition. En: Tryon, A.F. y Alexander, W.N. The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington, Ginn Custom Publishing. USA. pp. 61-69.

O'CARROL, K. (1983): Radiographic Data. En: Tryon, A.F. y Alexander, W.N. The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington. Ginn Custom Publishing. USA. pp. 57-60.

O.M.S. (1950): Health Statistics. Nº 5. Ginebra. Serie informes técnicos. 10 pags.

O.M.S. (1950): Health Statistics. Nº 25. Ginebra. Serie informes técnicos. 35 pags.

O.M.S. (1954): Première Conference Internationales des Commissions Nationales de Statistiques Demographiques et Saniteries.85, Ginebra. OMS. Serv. Rapp. Techn. 25 pags.

O.M.S. (1968): Estadísticas de Morbilidad. Nº 389. Ginebra. OMS. Serie informes técnicos. 36 pags.

O.M.S. (1969): Estadísticas sobre los Servicios de Salud y sus actividades. nº 429. Ginebra. OMS. Serie informes técnicos. 39 pags.

O.M.S. (1971): Indicadores estadísticos para la planificación y la evaluación de programas de salud pública. Ginebra. Serie informes técnicos. Nº 472. 43 pags.

O.M.S. (1972 a): Etiología y prevención de la caries dental. Nº 494. Ginebra. Serie informes técnicos. 21 pags.

O.M.S. (1972 b): Principios estadísticos aplicables a los estudios prácticos de salud pública. Nº 510. Ginebra. OMS. Serie informes técnicos. 35 pags.

O.M.S. (1976): Planning and Evaluation of Public Dental Health Services. Nº 589. Ginebra. OMS. Technical Report Series. 35 pags.

O.M.S. (1977 a): Clasificación internacional de enfermedades para Oncología. Washington. Organización Panamericana de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1977 b): Los sistemas de información en los servicios sanitarios. Rev. San. Hig. Pub. 51, 419-448.

O.M.S. (1977 c): Oral Health Sarveys. Basic Methods. Ginebra. 2ª Ed. OMS. 68 pags.

O.M.S. (1978 a): Application of the international classification of diseases to dentistry and stomatology (ICD-DA). Ginebra. 2ª Ed. OMS. 150 pags.

O.M.S. (1978 b): Clasificación Internacional de Enfermedades. Washington. Organización Panamericana de la Salud.

O.M.S. (1978 c): International Classification of Procedures in Medicine. Ginebra. OMS.

O.M.S. (1979): A Guide to oral Health Epidemiological investigations. Nº 79.1 Ginebra. Oral Health. 42 pags.

O.M.S. (1980 a): Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. nº 8. Copenhagen. OMS. 26 pags.

O.M.S. (1980) (WHO/HS/NAT.COM/80.370)b: Guideline for Medical Record Practice. Ginebra. OMS. 95 pags.

O.M.S. (1980 c): International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Ginebra. OMS.

O.M.S. (1980 d): Transtornos mentales: Glosario y guía para su clasificación según la novena revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Washington. Organización Panamericana de la Salud.

O.M.S. (1980 f): Planning Oral Health Services. Nº 53. Ginebra. OMS Offiset Publication. 49 pags.

O.M.S. (1984): Prevention methods and programmes for oral diseases. Nº 713. Ginebra. OMS Technical Report Series. 46 pags.

O.M.S. (1985): Oral Health in Portugal. Copenhaguen. OMS. 81 pags.

PAUL, J. et al. (1975): Evaluation of orthodontic cases by means of Key-word cards. Part. II. Data recorded at the end of treatment. Stomatol. DDR. 25, 377-382.

PAUL, J. et al. (1976): Evaluation of orthodontic cases by means of Key-much cards. /. Data from follow-up examinations. Stomatol. DDR. 26, 793-797.



PAUL, J. (1978): The problem of documentation in pedodontics. Stomatol. DDR. 28, 106-111.

PECK, R.L. (1972): Are problem oriented records the Key to House Staff Peer Review. Hospital Physician. 8, 46-48.

PECK, H. and PECK, S. (1972): An index for assessing tooth shape deviations as applied to the mandibular incisors. Am. J. Orthod. 61, 384-401.

PERIS, R. (1974): Archivo central de historias clínicas: integración y recuperación de la información. Med. Esp. 72, 35-43.

PERIS BONET, R. et al. (1976): La historia clínica orientada por problemas. Nota previa sobre la adaptación del modelo Weed a nuestro sistema documental. Med. Esp. 440, 1-7.

PERIS, R. (1977): Dinámica del archivo central de historias clínicas del Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de Valencia. Descripción mediante diagramas de flujo. Rev. Esp. Doc. 1, 31-56.

PERIS, R. et al. (1977): Historia clínica pediátrica orientada por problemas. An. Esp. Pediat. 10, 785-800.

PERIS BONET, R. (1983): Información hospitalaria. Algunos aspectos a tener en cuenta para la organización de la información clínica hospitalaria de acuerdo con el modelo básico SRI clínica. Documento de trabajo para la Comisión de trabajo sobre Sistema de Información Sanitaria y Encuesta Nacional de Salud de la D.G. Salud Pública.

PERRIER DARC, G. (1974): Orthodontic records. Orthod. Fr. 45, 335.

PETRIE, J.C. ; McINTYRE, N. (1979): The Problem Orientated Medical Record. New York. Longman. 210 pp.

PHILLIPS, D.F. (1972): The problem-oriented system. Hospitals. 46, 84-86.

PLASENCIA, E. (1981): Análisis Odontométricos en Ortodoncia. Rev. Esp. Ortod. 11, 195-207.

PLEWINSKA, H. (1980): Clinical record cord for describing maxillofacial and acclusal deformities. Czas satomatol. 33 617-620.

RICKETTS, R.M. (1960): Forundation for caphalometric communication. Am. J.Orthd. 46, 330-360.

RICKETTS, R.M. (1981): Perspectives in the clinical application of cephalometrics. The first fifty years. Angle Orthodont. 51, 115-150.

RIESNER, N.R. y RUBIAN, A. (1983): Document! Document! Document!. NY. J. Dent. 53, 14.

ROBINSON, G. (1983): Patient Registration, Concent and Interview. En: Tryon, A.F. y Alexander, W.N. The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record.Lexington. Ginn Custom Publishing. USA. pp. 13-22.

ROGER, F.H. (1982): The minimum basic data set for hospital statistics in the EEC. En: P.M. Lambert and F.H. Roger. Hospital Statistics in Europe. Brussels and Luxembourg. North-Holland Publishing. pp. 83-107.

ROGOWIEC, S. (1976): Model for a tooth loss index. Czas. Stomatol. 29, 1019-1023.

SAITZ, E.W. y RATHRYN, H.L. (1973): Use of the Problem-Oriented Record by Junior Medical Students in Pediatric Ambulatory care. Journal of Medical Education. 48, 453-455.

SANDLOW, L.J. (1975): Calidad de los Servicios para pacientes ambulatorios. Organización Panamericana de la Salud. HS/ Serie RM/ nº 20.

SATYA SWAROOP (1964): Estadística Sanitaria. Mejico. Fondo de Cultura Económica. pp. 113.

SCHELL, P. y CAMPBELL, A. (1972): POMR no just another way to chort. Nur. Onthloof. 20, 510-514.

SCHNEIDER, H.G. (1975): Symbol-documentation of estomatological data a basis for discussion. Stomatol. DDR. 25, 838-842.

SCHNEIDER, H.G. (1976): Report on the discussion an the paper "symbol documentation of Stomatological Findings". Stomatol. DDR. 26, 827.

SCHULTZ, J.R. ; CANTRILL, S.V. y MORGAN, K.G. (1972):  
An Initial Operational Problem-Oriented Medical Record  
System-For Storage, Manipulation and Retrieval of Me-  
dical. En: HURST, J.W. y WALKER, H.K. The Problem-Orien-  
ted System. Baltimore. Willians & Wilkins. , 201-250.

STEGEL, R. ; SPERBER, N.D. y TRIEGLA, F.F. (1977): Iden-  
tification througt the computerization of dental records.  
J. Forensic Sci. 22, 434-442.

SONNENBURG, M. (1974): Rationalization of medical records  
in maxillofacial surgical establissements. Stomatol. DDR.  
24, 779-783.

SORIANO, J. et al. (1981): Historia de la salud orienta-  
da por problemas del Centro de Salud Infantil del Depar-  
tamento de Pediatria del Hospital Clínico Universitario  
de Valencia. Rev. Sanid, Hig, Publica. (Madrid),55.

SPRANGER, H. y WEBER, G. (1974): Documentation of syste-  
matic periodontal therapy and its follow-up examinations  
by punched cards. ZWR. 83, 1195-1198.

STAHLKNECHT, P. (1977): Computers in dental practice.

Economics -capabilities- criterio for assessment. Za-  
hnaerztl Mitt. 67, 1245-1250.

STEINER, C. (1953): Cephalometrics for you and me. Am.  
J. Orth. 38, 729-755.

SWITZ, D.M. (1976): The problem-oriented medical record.  
Arch. Intern. Med. 136, 1119-1123.

SZCZPANSKA, I. et al. (1979): Record cord of the ortho-  
dontic patient as a teaching tool. Czas. Stomatol. 32,  
267-272.

SZPIRGLAS, H. et al. (1976 a): L'informatique dans l'ex-  
ploitation des dossiers medicaux. Rev. Stomatol. Chir.  
Maxillofac. 77, 215-218.

SZPIRGLAS, H. et al. (1976 b): Archivages des dossiers  
sur microfilm. Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 77, 223-  
226.

TAIT, I et al. (1973): The problem oriented record in  
general practice. J. R. Coll. Gen. Prac. 23, 311-315.

TERRADA, M.L. y PERIS, R. (1982): Documentación y bibliografía pediátrica. Anuales Esp. de Pediat.

TERRADA, M.L. (1983): La documentación médica como disciplina. Valencia. Centro de documentación e informática biomédica.

TRAINER, J.L. y DOWNIE, C.F. (1977): Complementary records of treatment for school children in the community and general dental services. Br. Dent. J. 143, 63.

TRYON, A.F. ; MANN, W. y DE JONG, N. (1979): Use of a problem-oriented dental record in undergraduate dental education. J.Dent. Educ. 40, 601-608.

TRYON, A.F. (1983 a): Introducción to Problem Orientation and Patient Care. En: Tryon, A.F. and Alexander, W. N. The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington. Ginn Custom Publishing. USA. pag, 1-12.

TRYON, A.F. (1983 b): The Problem List. En: Tryon, A.F. y Alexander, W.N. The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington. Ginn Custom Publishing. USA. pp. 70-73.

TRYON, A.F. (1983 c): The Progress Note. En: Tryon, A. F. y Alexander, W.N. The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington. Ginn Custom Publishing. USA. pp. 86-92.

TRYON, A.F. y ALEXANDER, W.N. (1983 a): The Plans. En: Tryon, A.F. y Alexander, W.N. The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington. Ginn Custom Publishing. USA. pp. 74-85.

TRYON, A.F. y ALEXANDER, W.N. (1983 b): Methods of Dental Record Audit. En: Tryon, A.F. y Alexander, W.N. The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record. Lexington. Ginn Custom Publishing. USA. pp. 97-99.

TSINKER, M.N. et al. (1976): System of collecting, processing and distributing information on the status of stomatological service to an urban population. Stomatologia 55, 75-77.

VERCHERE, L. (1979): Une bibliothèque spécialisée: le Centre Française de Documentation Odonto-Stomatologique. A.B.F. Bull. Inform. 102, 21-23.



WAERHANG, J. (1974): Epidemiologia y Estadística. Revis-  
ta Esp. Periodoncia. 12, 9-32.

WALKER, H.K. ; HURST, S.W. y WOODY, M.F. (1973):  
Applying the Problem-Oriented System. New York. Medcom  
Press. pp. 472.

WALTHER, K. (1978): The EDU and dental records. ZWR. 87,  
23-24.

WANKA, M. (1975): The dental condition and the explana-  
tory symbols for the new stomatological treatment chort  
in the German Democratic Republic. Stomatol DDR. 25,  
832-836.

WEED, L.L. (1966): A New approach to medical teaching.  
Medical Times. 94, 1030-1038.

WEED, L.L. (1968 a): Medical Record that guida and teach  
I. New Eng. J. Med. 278, 543.

WEED, L.L. (1968 b): Medical records that guide and teach  
I. New Eng. J. of Medicine, 278, 593-600.

WEED, L.L. (1968 c): Medical records that guide and teach II. New Eng. J. Med. 278, 652-657.

WEED, L.L. (1969): Medical Records. Patients core and Medical Education. Ir. J. Med. Sci. 6, 27-232.

WEED, L.L. (1971 a): Quality control and the medical record. Arch. Int. Med. 127, 101-105.

WEED, L.L. (1971 b): The Problem oriented records as a basic tool in medical education, patient care and clinical research. Annals of Clinical Research. 3, 131-134.

ZEMACH, R. y ERVIN, T.R. (1973): Records and Statistics. Health Services Reports. 88, 436-441.

ZSCHIESCHACK, B. et al. (1975): A contribution to caries statistical documentation for children (in longitudinal studies). Stomatol. DDR. 25, 843-848.

APENDICE.

HISTORIA CLINICA ORIENTADA POR PROBLEMAS  
PARA ATENCION ODONTO-ESTOMATOLOGICA.

GUIA DEL USUARIO.

En cada uno de los capítulos de esta GUIA DEL USUARIO, se hace una descripción detallada del funcionamiento de la H.C.O.P., abarcando cada capítulo un tema diferente dentro del contexto de la H.C.O.P. Los capítulos de que consta son los siguientes:

- 1.- Características de la H.C.O.P. Estructura.
- 2.- "99 preguntas sobre su Salud". Cuestionario de Salud.
- 3.- Datos demográficos y sociales.
- 4.- Entrevista con el paciente. Anamnesis. Antecedentes.
- 5.- Examen físico. Signos vitales. Exploración clínica.
- 6.- Examen dental. Esquemas dentales. Símbolos.
- 7.- Datos radiológicos.
- 8.- Valoración de la higiene dental.
- 9.- Lista de problemas.
- 10.- Planes de tratamiento.
- 11.- Notas de evolución.
- 12.- Informe de alta.
- 13.- Propuesta para la normalización de símbolos del Odontograma. Apéndice.

## CAPITULO 1

### CARACTERÍSTICAS DE LA H.C.O.P.

Como ya hemos visto en el apartado "Organización de la Historia Clínica", del presente trabajo, la historia clínica orientada por procedimientos o por tratamientos se limita a realizar una comparación de los datos básicos con los procedimientos.

La historia clínica orientada por procedimientos tiene una serie de inconvenientes entre ellos el que nos dice que procedimientos o tratamientos fueron realizados incorrectamente y también si a los procedimientos se les dieron los datos básicos. De todas formas no nos dice el porqué.

Para conocer esta porqué, necesitamos otro tipo de datos que nos los da la H.C.O.P. Esta contiene información organizada de los problemas y no de los procedimientos.

Las características de la H.C.O.P. son:

- a.- Una BASE DE DATOS que se recogen rutinaria y sistemáticamente de cada paciente.
- b.- Una LISTA DE PROBLEMAS que organiza los hallazgos, partiendo de la base de datos, en diferentes apartados y/o diagnósticos. A cada problema le asigna un número y un título de problema y una fecha en la que se introduce el problema.
- c.- Unos PLANES INTEGRADOS en que se listan todos los procedimientos o tratamientos llevados a cabo.
- d.- Unas NOTAS DE EVOLUCIÓN en donde se reflejarán todos los datos referentes a la resolución del problema. Estas notas de evolución contienen narraciones así como representaciones simbólicas de los trabajos realizados.

Cada uno de los componentes de la H.C.O.P. se ha descrito brevemente en este capítulo, pero en capítulos siguientes tendremos una descripción más detallada de cada uno de ellos.

<u>BASE DE DATOS</u>	<u>LISTA DE PROBLEMAS</u>	<u>PLANES INTEGRADOS</u>	<u>NOTAS DE EVOLUCION</u>
- Información demográfica.	- Numerados.	- Nº visitas.	- S: subjetivo
- Cuestionario de Salud.		- Procedimiento	(del paciente)
- Examen Físico.	- Titulados.	a realizar por	- 0: objetivo
- Examen Dental.		visita.	(de datos)
- Interpretaciones	- Fechados.	- Honorarios por	- A: valoración
radiológicas.		visita.	(situación)
- Otros datos específicos.		- Fecha de reso-	- P: pauta Tto.
		lución de cada	(método de
		problema.	resolución)
			- Ex: exploraciones
			complementarias.

CAPITULO 2"99 PREGUNTAS SOBRE SU SALUD". CUESTIONARIO DE SALUD.

La finalidad de este cuestionario de salud es ayudar al dentista a tener una visión más general sobre la salud del paciente que va a tratar.

Estas "99 PREGUNTAS SOBRE SU SALUD", va dirigido al propio paciente para que éste lo pueda rellenar. En el caso que algunos pacientes no puedan rellenarlo completamente o tengan alguna duda, en alguna de las preguntas, se les debe advertir que tendrán un médico que les ayudará.

Este cuestionario debe revisarse por sistema junto con el paciente y de esta forma las cuestiones que queden por contestar o las que sean incorrectas puedan ser modificadas o contestadas.

Señalaremos en rojo toda aquella información que consideremos de importancia y sea definitiva. Por ejemplo:





- Alergias .
- Piel y mamas .
- Ginecología y obstetricia .
- Estado emocional .
- Otras consideraciones .

Al final de esta cuestionario de 99 preguntas hay un espacio donde se RESUME todos los hallazgos médicos, sobre medicamentos que el paciente está tomando, incluyendo dosis, y problemas de alergias.

Este RESUMEN debe incluirse junto con los datos de la anamnesis y de la exploración del paciente, en la BASE DE DATOS O DE INFORMACION.

A continuación se incluye el cuestionario que nosotros titulamos "99 PREGUNTAS SOBRE SU SALUD", y también un RESUMEN DEL CUESTIONARIO DE SALUD.

"99 PREGUNTAS SOBRE SU SALUD".

## INSTRUCCIONES.

Este cuestionario de salud es para que lo rellene el paciente; en el caso de niños puede hacerlo su acompañante. Debe marcar con una (X) cada una de las respuestas correspondientes al SI o NO y contestar las otras. No olvide que una buena información suya será de gran ayuda al personal médico que le atenderá. En el caso de tener duda o no acordarse de alguna pregunta déjela en blanco, nosotros le ayudaremos.

Ha sufrido alguna vez:	SI	NO
1.- Visión defectuosa (gafas)	( )	( )
2.- Pérdida de visión	( )	( )
3.- Otros problemas en los ojos	( )	( )

(En caso afirmativo indique cuales)

Ha sufrido alguna vez:	SI	NO
4.- Hemorragias nasales intensas	( )	( )
5.- Problemas de pus nasal	( )	( )
6.- Otros problemas de nariz	( )	( )

(En caso afirmativo indique cuales)

Ha sufrido alguna vez:	SI	NO
7.- Zumbidos en los oídos	( )	( )
8.- Problemas de audición (sordera)	( )	( )
9.- Otros problemas importantes de oído	( )	( )

(En caso afirmativo, indique cuales)

---

Ha tenido alguna vez:		
10.- Flemones debido a los dientes	( )	( )
11.- Dolor al masticar por problemas en encías	( )	( )
12.- Gusto desagradable en la boca	( )	( )
13.- Aliento desagradable	( )	( )
14.- Encías sangrantes al masticar o cepillarse	( )	( )
15.- Mandíbula cansada o dolorida	( )	( )
16.- Crujidos o ruidos mandibulares	( )	( )
17.- Dientes en mala posición	( )	( )
18.- Dientes sensibles al frío o al calor	( )	( )
19.- Otros problemas de boca	( )	( )

(En caso afirmativo, indique cuales)

---

Ha tenido alguna vez:		
20.- Anginas y fiebre frecuentemente	( )	( )
21.- Dificultad o dolor al tragar	( )	( )
22.- Otros problemas de garganta	( )	( )

(En caso afirmativo, indique cuales)

---

Ha tenido alguna vez:	SI	NO
23.- Convulsiones	( )	( )
24.- Parálisis	( )	( )
25.- Fuertes dolores de cabeza y/o mareos frecuentes	( )	( )
26.- Pérdida de memoria	( )	( )
27.- Pérdida del habla durante unos minutos	( )	( )
28.- Otros problemas del sistema nervioso	( )	( )

(En caso afirmativo, indique cuales)

---

Ha tenido alguna vez:

29.- El cuello agarrotado durante 2 ó 3 días	( )	( )
30.- Problemas de hueso o articulares	( )	( )
31.- Problemas musculares	( )	( )
32.- Otros problemas serios musculo-esquelético	( )	( )

(En caso afirmativo indique cuales)

---

Ha tenido alguna vez:

33.- Fiebre reumática	( )	( )
34.- Ataque cardíaco o angina de pecho	( )	( )
35.- Que ser operado del corazón	( )	( )
36.- Los tobillos o los pies hinchados	( )	( )
37.- La tensión arterial alta	( )	( )

- |   | SI  | NO  |
|---|-----|-----|
| 38.- Colesterol y triglicéridos   | ( ) | ( ) |
| 39.- Que tomar medicamentos para el corazón<br>o la tensión                         | ( ) | ( ) |
| 40.- Otros problemas importantes de corazón<br>(En caso afirmativo, indique cuáles) | ( ) | ( ) |
- 

Ha tenido alguna vez:

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 41.- Tuberculosis  | ( ) | ( ) |
| 42.- Asma  | ( ) | ( ) |
| 43.- Sangre al toser   | ( ) | ( ) |
| 44.- Algún problema serio respiratorio o<br>pulmonar<br>(En caso afirmativo, indique cuáles) | ( ) | ( ) |
- 

- |                   |     |     |
|-------------------|-----|-----|
| 45.- ¿Es fumador? | ( ) | ( ) |
|-------------------|-----|-----|
- 

Ha tenido alguna vez:

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 46.- Hemorragias más abundantes de lo normal<br>al cortarse  | ( ) | ( ) |
| 47.- Reacciones a una transfusión de sangre  | ( ) | ( ) |
| 48.- Problemas sanguíneos, de bazo o de gan-<br>glios linfáticos<br>(En caso afirmativo, indique cuáles) | ( ) | ( ) |
-

Ha tenido alguna vez:	SI	NO
49.- Hepatitis o ictericia	( )	( )
50.- Cirrosis hepática	( )	( )
51.- Ulceras gástricas o duodenales	( )	( )
Que ser operado de:		
52.- Estómago	( )	( )
53.- Hernia de esófago	( )	( )
54.- Intestino	( )	( )
55.- Otros problemas serios de aparato digestivo	( )	( )
(En caso afirmativo, indique cuales)		

---

Ha tenido alguna vez:		
56.- Diabetes (ázucar en sangre u orina)	( )	( )
57.- Sed frecuente y orina frecuente	( )	( )
58.- Algún problema hormonal serio	( )	( )
(En caso afirmativo, indique cual)		

---

Ha tenido alguna vez:		
59.- Infección de vejiga o riñón	( )	( )
60.- Sífilis	( )	( )
61.- Alguna otra infección de transmisión sexual	( )	( )
(En caso afirmativo, indique cual)		

---

- |   | SI  | NO  |
|---|-----|-----|
| 62.- Que ser operado del riñón                | ( ) | ( ) |
| 63.- Que ser tratado en el riñón artificial   | ( ) | ( ) |
| 64.- Otro problema serio de riñón o genitales | ( ) | ( ) |
- (En caso afirmativo, indique cual)
- 

Ha tenido alguna vez:

- |              |     |     |
|--------------|-----|-----|
| 65.- Alergia | ( ) | ( ) |
|--------------|-----|-----|
- (En caso afirmativo, explique a que)
- 
- 
- 

Ha tenido alguna vez:

- |                                       |     |     |
|---------------------------------------|-----|-----|
| 66.- Que ser operado de la piel       | ( ) | ( ) |
| 67.- Que ser operado de las mamas     | ( ) | ( ) |
| 68.- Problemas serios de piel o mamas | ( ) | ( ) |
- (En caso afirmativo, explique cual)
- 

Ha tenido alguna vez: (Sólo mujeres)

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 69.- Hemorragias fuera del período menstrual | ( ) | ( ) |
| 70.- Hemorragias después de la menopausia    | ( ) | ( ) |
| 71.- Toma anovulatorios u otros medicamentos | ( ) | ( ) |



- |  | SI  | NO  |
|--|-----|-----|
| 72.- Está embarazada   | ( ) | ( ) |
| 73.- Problemas serios u operaciones de útero<br>ovario, etc. | ( ) | ( ) |
- (En caso afirmativo, indique cuales)
- 

Ha tenido alguna vez:

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 74.- Depresiones   | ( ) | ( ) |
| 75.- Problemas emocionales o nerviosos serios            | ( ) | ( ) |
| 76.- Que ser hospitalizado por sus nervios               | ( ) | ( ) |
| 77.- Dificultad para conciliar el sueño                  | ( ) | ( ) |
| 78.- El impulso de quitarse la vida                      | ( ) | ( ) |
| 79.- Un período frecuente de lloreras                    | ( ) | ( ) |
| 80.- Frecuente sensación de dolor sin motivo<br>aparente | ( ) | ( ) |
| 81.- Que tomar medicamentos por problemas de<br>nervios  | ( ) | ( ) |
| 82.- Problemas con el alcohol                            | ( ) | ( ) |
| 83.- Otro problema emocional importante                  | ( ) | ( ) |
- (En caso afirmativo, indique cual)
-

Otras consideraciones:

SI NO

84.- Toma actualmente medicamentos

( ) ( )

(En caso afirmativo indique cuales)

---

---

---

85.- Tiene otros problemas de salud que no  
hallamos citado y que usted considera  
que debíamos conocer.

( ) ( )

(En caso afirmativo, indíquelos)

---

---

---

86.- Se le han hecho radiografías

( ) ( )

(En caso afirmativo, diga:)

- Cuando?: \_\_\_\_\_

- En que parte?: \_\_\_\_\_

97.- Ha sido irradiado?

( ) ( )

(En caso afirmativo, diga:)

- Cuando?: \_\_\_\_\_

- En que parte?: \_\_\_\_\_

Esta hoja a cumplimentar sólo por los niños.

SI NO

88.- Tuvo la madre alguna enfermedad durante ( ) ( )  
el embarazo?

89.- Tomó la madre medicamentos durante el  
embarazo? ( ) ( )  
(En caso afirmativo indique cuales)

---

90.- Tomó drogas durante el embarazo ( ) ( )

91.- Fué un niño prematuro ( ) ( )

92.- Se le hicieron transfusiones de sangre ( ) ( )

93.- El niño fué amamantado ( ) ( )

94.- El niño tomó biberón ( ) ( )

95.- Se le dió una alimentación con mama y  
biberón ( ) ( )

96.- Se le han dado al niño suplementos de  
vitaminas hierro, flúor, etc ( ) ( )

97.- El niño ha estado hospitalizado alguna vez ( ) ( )  
(En caso afirmativo, indique el porqué)

---

98.- El niño ha estado operado alguna vez ( ) ( )  
(En caso afirmativo indique porque)

---

99.- El niño ha tenido alguna enfermedad ( ) ( )  
importante que debamos conocer.  
(En caso afirmativo indique cual)

---

H.C.O.P.

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALENCIA.

BASE DE INFORMACION

Resumen del cuestionario de Salud

NºHªCª: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS MEDICOS

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_
- 7 \_\_\_\_\_
- 8 \_\_\_\_\_

ALERGIAS

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS

DOSIS

ACCIONES

- | MEDICAMENTOS | DOSIS | ACCIONES |
|--------------|-------|----------|
| 1            |       |          |
| 2            |       |          |
| 3            |       |          |
| 4            |       |          |
| 5            |       |          |
| 6            |       |          |
| 7            |       |          |
| 8            |       |          |

Este cuestionario de salud se ha inspirado para su realización en otros cuestionarios de salud ya existentes, como:

- 1.- Cuestionario de Salud de la Universidad de Mississippi. Escuela Dental. Publicado en:  
Tryon. A.F. y Alexander, W.N. The User's Guide to the Problem-Oriented Dental Record . 2ª Ed. Giun Custom. Lexington USA. 1983 pag. 130-138.
- 2.- Cuestionario de Salud de la Escuela Dental de la Universidad de Michigan.
- 3.- Cuestionario de Salud publicado en:  
Goldstein, R.E. Estética odontológica. Ed. Inter-Médica, Buenos Aires, 1980.
- 4.- Carta General de Salud, publicado en:  
Bernier y Muhler. Medidas preventivas para mejorar la práctica dental. 3ª Ed.. Ed. Mundi, 1977. Buenos Aires. Pag. 313.
- 5.- Health Questionnaire, publicado en:  
McCarthy, F.M. Medical Emergencies in Dentistry. Tird Ed. Ed. Saunders Co. Philadelphia. USA 1982.  
Pag. 19-21

6.- Cuestionario de Salud, publicado en:

Cohen, S. ; Burrns, R.C. Endodoncia. Los caninos de la pulpa. Ed. Inter-Médica. Buenos Aires. 1979. Pag 4.

### CAPITULO 3

#### DATOS DEMOGRAFICOS Y SOCIALES.

El formulario de Datos Demográficos y Sociales será completado en la primera visita y lo rellenará el propio paciente, o bien, lo puede hacer el propio estudiante de estomatología al realizar la primera visita, o bien, puede hacerlo una de las auxiliares dentales mientras el paciente espera. El determinar quien lo rellena depende de las características peculiares de cada Centro.

Este formulario nos proporcionará la siguiente información:

- a.- Información sobre el propio paciente: nombre, apellidos, dirección, sexo, estado civil, religión y educación.
- b.- Información sobre la estructura familiar y fuente de ingresos económicos.
- c.- Información sobre la historia médica y dental última del paciente y fuente que nos lo ha enviado al Centro o Escuela.



Todos los detalles del cuestionario se deben rellenar y si el paciente no comprende alguna pregunta le debemos ayudar. En el caso de que el paciente no recuerde o no sepa contestar alguna respuesta no dejaremos en blanco la casilla, sino pondremos: NR (no recuerda), o bien, NS (no sabe). O cualquier otro símbolo que se acuerde para cada institución en particular.

Los datos demográficos y sociales harán posible que el usuario (personal médico o paramédico) identifique la existencia de algunos problemas potenciales. Por ejemplo:

- 1.- Servicios que no se pueden prestar por causas de tipo religioso (determinadas creencias).
- 2.- Estado de trabajo y por tanto capacidad de pago de los honorarios que devengue.
- 3.- La edad del paciente que nos puede inclinar, al estomatólogo o al estudiante, hacia uno u otro tipo de tratamiento.
- 4.- Su pasado médico nos puede influir en la orientación del tratamiento dental.

Este formulario debe incorporarse dentro de la H.C.O.P. (Historia Clínica Orientada por Problemas) en la Base de Datos.

H.C.O.P.

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALENCIA.

BASE DE INFORMACION

Datos demográficos y sociales

Nº HªCª: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

(Calle o plaza)

(Ciudad)

\_\_\_\_\_  
(Provincia)\_\_\_\_\_  
(Dist. Postal)

DIRECCION: \_\_\_\_\_

(Por cambio) (Calle o plaza) (Ciudad)

\_\_\_\_\_  
(Provincia)\_\_\_\_\_  
(Dist. Postal).

TELEFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

TELEFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_  
(Por cambio).

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

EDUCACION: Graduado escolar E.G.B. B.U.P. F.P. UNIVERSITARIO

OCUPACION ACTUAL: \_\_\_\_\_

Nº DE HERMANOS: \_\_\_\_\_ EDAD HERMANOS \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_

PROFESION PADRE: \_\_\_\_\_ PROFESION MADRE \_\_\_\_\_

FECHA ULTIMA REVISION DENTAL: \_\_\_\_\_ NOMBRE DENTISTA \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA CONSULTA: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA ULTIMA REVISION MEDICA: \_\_\_\_\_ NOMBRE MEDICO \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA CONSULTA: \_\_\_\_\_

REMITIDO A ESTA CONSULTA POR: \_\_\_\_\_

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A: \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_

CAPITULO 4ENTREVISTA CON EL PACIENTE. ANAMNESIS. ANTECEDENTES.

El éxito en odontología depende, en gran manera, de la calidad paciente-dentista. Es por ello muy importante que en la primera entrevista causemos una buena impresión al paciente, así conseguiremos ganarnos la confianza del propio paciente.

En esta entrevista o primera visita, el alumno se presentará al paciente, se revisará el formulario de datos demográficos y también el cuestionario "99 preguntas sobre su salud", se intentará aclarar las dudas que existan y rellenar las casillas que hayan podido quedar en blanco para así tener una base de datos totalmente completa.

A continuación pasamos ya a establecer una conversación con el paciente sobre sus problemas y sobre su motivo de la consulta. Debemos ser atentos y escuchar al paciente con atención, intentando obtener de este relato los datos de interés. Debemos ir haciendo preguntas a nuestro paciente que sean adecuadas y que vayan dirigiendo la conversación en la dirección que nos interese

conocer. Siempre debemos intentar que nuestras preguntas no puedan ser contestadas con un SI o un NO, sino que debemos estimular al paciente a que nos hable.

De esta forma obtendremos una anamnesis del paciente muy completa.

Igualmente debemos hacer una serie de preguntas sobre su historia clínica bucal, en la que reflejaremos los tratamientos que ha recibido el paciente bien sea de ortodoncia, de cirugía, endodoncia, periodoncia, prótesis, al igual que podremos conocer la frecuencia con que realiza visitas periódicas al dentista o se realiza profilaxis dental.

A este capítulo adjuntaremos el Resumen del Cuestionario de salud que hemos revisado junto con el paciente al principio de la entrevista, en donde van reflejados los antecedentes médicos, de problemas alérgicos del paciente y los medicamentos que recibe actualmente, así como las dosis y la acción que el paciente espera de ellos.

Todo ello va incluido dentro de la Base de Datos en la H.C.O.P. por nosotros propuesta.

H.C.O.P.

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALENCIA

BASE DE INFORMACION

Anamnesis, Antecedentes.

Nº HªCª \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

ANAMNESIS

Motivo de la consulta

HISTORIA

CLINICA

BUCAL.

Revisión oral:

- . Frecuencia
- . Ultima revisión

Profilaxis:

- . Frecuencia
- . Ultima revisión

Exodoncias:

- . Ultima exo
- . Motivo
- . Complicaciones

Tto. Ortodoncia

- . Tipo

Prótesis

- . Fija
- . Removible
- . Modificaciones

Tto. periodontal:

- . Detartrajes
- . Ajuste oclusal
- . Cirugía perio

Endodoncias:Tto. quirúrgico:

- . Causas

Hábitos:

- . Tabaco (Tipo/nº)
- . Alcohol (Cantidad/día)
- . Azucar
- . Otros

Higiene oral:

- . Veces que se cepilla al día
- . Tipo de capillo
- . Tipo de pasta
- . Water-Pick
- . Seda dental
- . Palillos
- . Otros

HISTORIA

CLINICA

GENERAL.

Antecedentes PERSONALESAntecedentes FAMILIARES

## CAPITULO 5

### EXAMEN FISICO. SIGNOS VITALES. EXPLORACION CLINICA.

Debemos de hacer, en toda buena historia clínica, un examen físico exhaustivo de cabeza, cuello y cavidad oral antes de establecer la Lista de Problemas y el Plan Integrado de tratamiento.

El examen físico es una extensión del proceso de recogida de datos y por lo tanto lo incorporaremos dentro de la Base de Datos.

Deberemos seguir una serie de reglas básicas para el examen del paciente:

- Primero examinar siempre los tejidos blandos y después los dientes. (tejidos duros).
- Registrar el problema por el que asiste el paciente al finalizar, a menos que se trate de una urgencia.
- Seguir siempre una rutina a la hora de hacer el examen.

Al comenzar con el examen físico debemos hacerlo registrando en primer lugar los signos vitales del paciente y ya después pasamos a la exploración detallada de cabeza, cara, cuello, simetría facial, etc.

Al explorar:

**CABEZA:** nos fijaremos en la existencia de deformidades, malformaciones, manchas cutáneas, lesiones, etc.

**CARA:** nos fijaremos en la patología que pueda presentar la nariz, ojos, oídos, etc, malformaciones, alteraciones cutáneas, asimetrías, etc.

**CUELLO:** exploraremos la existencia de adenopatias de las cadenas ganglionares, tanto submaxilares como submentonianos, cervicales, etc. Tiroides. Manchas cutáneas, etc.

**SIMETRÍA FACIAL:** comprobaremos las deformidades que pudiesen ocasionarse por abscesos, tumoraciones de las parótidas, alteraciones óseas que produzcan desviaciones mandibulares, etc.



**LABIOS:** Ver color, textura, comisuras de la boca.

**MUCOSA BUCAL Y VESTIBULAR:** separando con los separadores observar primero el maxilar superior y luego el inferior. Empezando siempre por la derecha y continuando por la izquierda. Observar desde la comisura de los labios hasta los pilares anteriores del istmo de las fauces.

**INSERCIONES PERIFERICAS Y FRENILLOS:** observar la existencia de frenillos que por su inserción puedan ser causa de patología.

**LENGUA:** La lengua se mantendrá extendida mientras se examina el dorso y la punta. Luego el paciente te pondrá la punta de la lengua alternativamente en cada una de las dos mejillas para observar los bordes laterales. Por último se cubre la lengua con una gasa para poder observar el dorso posterior, la base de la lengua, etc. Observar color, textura, etc.

Para observar la cara ventral hacer que el paciente se toque el paladar con la punta de la lengua.

**PALADAR:** observar bien el paladar duro, la existencia de ulceraciones, torus, etc. Al igual que el color, textura, tipo de paladar, etc. Si queremos observar el paladar blando, úvula, istmo de las fauces, etc., hacer que el paciente diga "ah".

**SUELO DE BOCA:** se explora mientras el paciente con la lengua se toca el paladar duro, al tiempo que se explora la porción ventral de la lengua.

**ENCIAS:** hacer un examen periodontal, examinando el color, textura, estado general de las encias en ambas arcadas. Determinar la existencia de sarro. Sondar áreas que consideremos puedan ser problemáticas, etc.

**GLANDULAS SALIVARES:** palpar la existencia de alteraciones glandulares tanto de las submaxilares, como de la parótida y

explorar sus conductos de excreción en ambas mejillas y sublinguales.

**MOVIMIENTOS MANDIBULARES:** mantener al paciente con la boca abierta y ver si existen desviaciones, falta de apertura bucal, dolor, crepitaciones, cruji-dos en el ATM. Palpación de la zona preauricular para detectar la arti-culación.

**ZONAS EDENTULAS:** observar los procesos alveo-lares, forma, tamaño, estado de las mucosas, espacio intermaxilar, etc.

**OCCLUSION:** debemos evaluarla en posición cen-tral, de lateralidades y protusiva. Observar la clasificación de Angle. La existencia de interferencias, al-teraciones antero-posteriores, ver-ticales, transversales, facetas de desgaste, etc.

**DIENTES:** comenzar siempre por el tercer mo-lar superior derecho, continuar de derecha a izquierda en el maxilar superior y seguidamente pasar a ma-xilar inferior comenzando por el úl-

timo molar inferior izquierdo y seguir en sentido de izquierda a derecha.

Cualquier anormalidad encontrada debe anotarse en el apartado correspondiente, observando la localización, color, forma, tamaño (M/M), tipo (vesícula, úlceras, etc), consistencia, textura de la superficie (rugosa, suave, etc).

En el caso de no existir ningún tipo de anormalidad en cada uno de los diferentes apartados debemos anotarlo como "no hay patología", o bien, con las siglas NHP. Nunca dejar en blanco ninguna de las casillas, porque esto significa una base de datos incompleta.

H.C.O.P.

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALENCIA

BASE DE INFORMACION

Examen físico

Nº HªCª: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

SIGNOS

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_

VITALES

P.A.: \_\_\_\_\_ Resp./min. \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

EXPLORACION  
CLINICA.

INSTRUCCIONES: Utilizar NHP (no hay patología) si no existen anormalidades. En caso contrario, hacer una descripción verbal en el espacio dado, incluyendo tamaño, forma, situación, aspecto, color y cualquier rasgo característico o significativo de la anormalidad.

CABEZA:

CARA:

CUELLO:

SIMETRIA FACIAL:

LABIOS:

MUCOSA BUCAL Y VESTIBULAR:

INSERCIONES PERIFERICAS Y FRENILLOS:

LENGUA:

PALADAR:

SUELO DE BOCA:

GLANDULAS SALIVARES:

ENCIAS:

H.C.O.P.

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALENCIA

BASE DE INFORMACION

Exámen físico. (2)

Nº HªCª: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA : \_\_\_\_\_

EXPLORACION

CLINICA

MOVIMIENTOS MANDIBULARES Y A.T.M.:

ZONAS EDENTULAS:

- . Reabsorción:
- . Espacio intermaxilar:
- . Mucosas:

OCCLUSION:

- . Contactos prematuros (céntrica):
- . Deslizamientos en centrica:
- . Interferencias:
  - Trabajo:
  - Balanceo:
  - Protusiva:
- . Alteraciones antero-posteriores:
  - Clase de Angle: Caninos  
Molares
  - Resalte:
  - Mordidas cruzadas anteriores:
- . Alteraciones verticales:
  - Mordidad abiertas:
  - Sobremordida:
- . Alteraciones transversales:
  - Mordidas cruzadas laterales:
  - Desviaciones mandibulares:
  - Desviaciones línea media:
  - Asimetrías:
- . Facetas de desgaste:

## CAPITULO 6

### EXAMEN DENTAL. ESQUEMAS DENTALES. SIMBOLOS.

El esquema dental que incluiremos en la H. C.O.P. estará situado junto con la Lista de Problemas al principio del documento.

El esquema dental lo dividiremos en dos partes:

#### 1.- Condiciones actuales.

En este esquema registraremos todas las restauraciones, ausencias y patología de los tejidos duros presentes en el momento del examen.

En estos esquemas se representarán tanto hallazgos clínicos como radiológicos.

Las restauraciones, ausencias, endodoncias, etc. en definitiva los tratamientos ya realizados por otros profesionales, Se anotará en azul.

Las lesiones de tejidos duros que tengamos que realizar nosotros en los planes integrados y con el objetivo de que se pueda distinguir del tratamiento ya realizado por otros profesionales con un golpe de vista lo anotaremos en ROJO.

## 2.- Registros de tratamiento.

En esta sección se anotan todos los tratamientos realizados a medida que se van realizando. De forma que las anotaciones en este esquema coincidirán con las entradas en los planes integrados y notas de evolución.

De esta forma en cualquier momento y de un vistazo podemos saber el tratamiento realizado y el pendiente.

Igualmente los registros de tratamiento como son tratamientos a realizar lo anotaremos en rojo.

Estos esquemas dentales se marcarán con una serie de SIMBOLOS que no están normalizados a nivel internacional. Por regla general, cada autor presenta una



serie de símbolos, que en la mayoría de los casos coinciden unos autores con otros.

Por ello nosotros en este capítulo no vamos a describir los símbolos utilizados por nosotros, sino que al final de esta guía vamos a crear una colección de símbolos normalizada para el odontograma viendo que símbolos son más usados por los diferentes autores, según el capítulo NORMALIZACIÓN DE LOS SIMBOLOS DEL ODONTOGRAMA.

Cuando entre los símbolos no haya ninguno que pueda describir un tipo determinado de patología, anotaremos la patología de que se trate en el apartado "Comentarios".

Cuando un hallazgo sea dudoso, colocaremos el hallazgo pero con una interrogación (?).



## CAPITULO 7

### DATOS RADIOLOGICOS.

Las radiografías utilizadas nos deben servir como datos accesorios y complementarios para nuestra historia clínica. Nunca se debe utilizar como base única de diagnóstico.

En definitiva, que todas las entradas que hagamos con datos radiológicos ha sido tomada casi íntegramente de la ya existente en la Escuela Dental de la Universidad de Mississippi.

En cada uno de los apartados hay que hacer una descripción detallada bien por palabras, como por números, como por diagramas según nos interese.

Una vez realizada la interpretación de los datos radiológicos debemos de transferir esta información a la página donde están los esquemas dentales en el apartado "Condiciones actuales" que deberá estar al principio de la historia clínica junto con la Lista de Problemas.

En el apartado "Observaciones" hay que identificar y describir variaciones anatómicas, anormalidades de desarrollo, restauraciones defectuosas, y otras condiciones que puedan afectar al cuidado del paciente.

H.C.O.P.

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALENCIA

BASE DE INFORMACION

Datos radiológicos

Nº HªCª: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

TIPO Y FECHA de las radiografias:

Dientes AUSENTES:

Dientes IMPACTADOS:

A.T.M.:

SENOS Y FOSAS NASALES:

HUESOS MAXILARES:

Tejidos BLANDOS:

LIGAMENTO periodontal y LAMINA DURA:

LINEA del hueso periodontal:

CALCULOS:

H.C.O.P.

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALENCIA

BASE DE INFORMACION

Datos radiológicos (2)

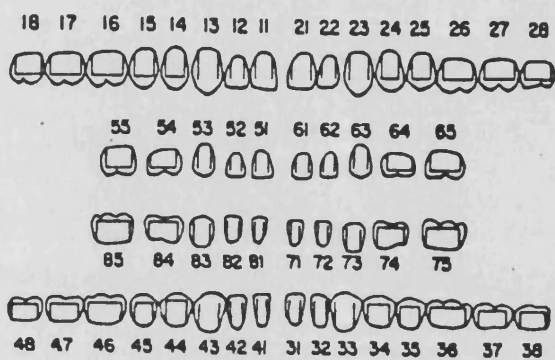
Nº HªCª: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA : \_\_\_\_\_

CARIES:



OBSERVACIONES:

Radiografías SUPLEMENTARIAS requeridas:

CAPITULO 8VALORACION DE LA HIGIENE DENTAL.

Cuando los problemas de la enfermedad bucal de un paciente se deben, aunque parcialmente, a la placa bacteriana, y esto es así en la mayoría de los casos, es necesario establecer un control de placa.

La caries activa y la gingivitis (detectable por enrojecimiento, tumefacción y sangrado de las encías) son signos evidentes de la presencia de placa.

La evaluación de la gingivitis es a menudo un indicador más sensible de la presencia de placa que la determinación de la presencia de placa misma, porque la mayoría de los pacientes se cepillan los dientes antes de venir al consultorio, aunque pueden no hacerlo de forma regular. Los signos de gingivitis persisten, y esto ayudará al dentista a reconocer que hay un problema de placa.

Por este motivo en nuestra propuesta de historia clínica hemos introducido unos diagramas para ha-

her evaluaciones de placa y sangrado (hemorragia) en consultas sucesivas. Igualmente y en su parte superior hemos diseñado una tabla para marcar los porcentajes de placa y de sangrado obtenidos en cada evaluación y así obtener una gráfica que facilitará tanto al dentista como al propio paciente la visualización de la evolución del problema.

Nuestro propósito es que a cada paciente se le realice una primera evaluación de la placa y del índice de sangrado durante la primera visita, y posteriormente durante el tratamiento se realicen evaluaciones continuadas para ver si el paciente ha comprendido las técnicas de higiene dental explicadas por nosotros.

Antes de recoger los datos de las determinaciones de los índices de placa y de sangrado deberemos marcar en AZUL sobre el diagrama los dientes ausentes.

Para la determinación del Índice de placa (nos interesa saber la cantidad de superficies que tienen placa, y no la cantidad de placa que existe en cada superficie). Una vez marcados en azul los dientes ausentes, y después de utilizar un colorante para la detección de placa, se pintaran en rojo las caras del diente



(mesial, distal, vestibular y lingual o palatina) con placa. Una vez realizado esto, calcular para esa dentadura el porcentaje de superficies (caras) implicadas y registrarlos donde indica "INDICE". Además colocar el valor obtenido en el diagrama corriente de la parte superior.

La determinación del Indice de sangrado (hemorragia) se determina en un diagrama similar al empleado para la determinación del índice de placa, ambos van colocados en la misma ficha. El procedimiento de detección de los puntos de sangrado es sencillo. Colocaremos la punta de una sonda periodontal en la abertura del surco gingival (1 mm.) en la cara distal del último molar. Se lleva la sonda con un movimiento continuo a lo largo de la entrada del surco hasta la zona interproximal siguiente. Y así continuaremos hasta la línea media de la boca. Esperaremos unos segundos para ver si se produce el sangrado (hasta 30 seg.) y lo iremos anotando en el diagrama. Una vez obtenido el valor en porcentaje se coloca sobre el "INDICE" y también en el diagrama corriente que hay en la parte superior de la hoja o ficha.

El diseño de esta ficha que presentamos se ha inspirado en el diseño de la ficha utilizada en la ESCUELA DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE INDIANA y en la ficha utilizada por la ESCUELA DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE MISSISSIPI.

En este capítulo no introducimos una ficha del estudio periodontal del paciente porque lo consideramos excesivo, ya que no necesariamente todos los pacientes deben ser sondados periodontalmente para la determinación de la existencia o no de bolsas y de sus profundidades. Creemos que esta ficha debe constituir un elemento que se pueda adjuntar a la H.C.O.P. y que es más propio de la especialidad de periodoncia. --

H.C.O.P.

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALENCIA

BASE DE INFORMACION

Higiene oral: Indices de placa y sangrado

Nº H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

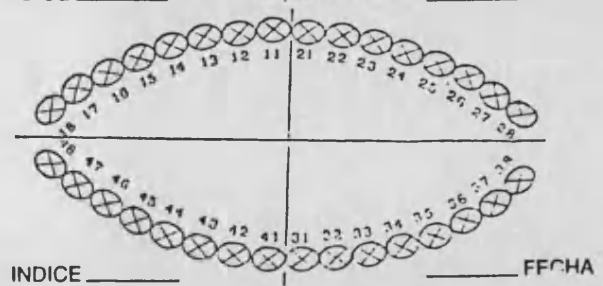
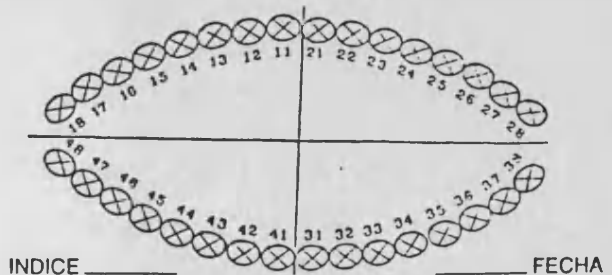
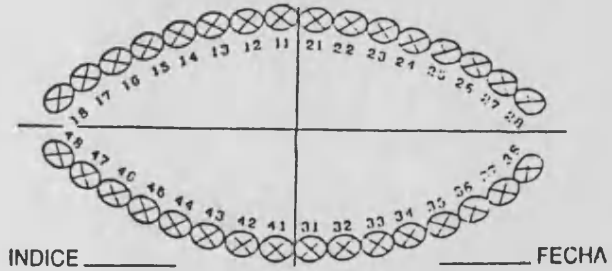
FECHA: \_\_\_\_\_

AÑO																			
DIA/MES																			
%	100																		
	90																		
PLACA	80																		
o - o - o	70																		
SANGRADO	60																		
x - - - x - - - x	50																		
	40																		
	30																		
	20																		
	10																		

INDICES DE PLACA Y GINGIVITIS (Hemorragia).

PLACA

HEMORRAGIA



## CAPITULO 9

### LISTA DE PROBLEMAS.

Una vez que se ha obtenido, de la forma más completa posible, la base de datos, es cuando pasamos a formular la Lista de Problemas. Una lista de problemas bien construida dará al usuario (dentista) una visión clara y general del estado de cada problema y de las necesidades del paciente.

Para la construcción de la lista de problemas necesitamos unas fuentes de entrada de datos, estas son la base de datos (cuestionario de salud, examen físico, datos radiológicos, etc.).

En la Lista de Problemas deben registrarse todos los hallazgos o problemas tanto activos como inactivos (Ejem.: un torus palatino puede ser en la mayoría de los casos un problema inactivo, pero debe registrarse en la lista de problemas).

En la lista de problemas estos deben titularse, numerarse y poner la fecha de introducción del

problema. El título del problema debe ser siempre lo más sencillo y breve posible.

Los problemas se deben titular dependiendo de si son: diagnósticos probados, síntomas, signos, valores de laboratorio, alergias, etc.

Cuando un problema queda resuelto hará su entrada en la lista de problemas bajo el título "situación del problema" y se colocará la fecha de resolución del problema.

No necesariamente se listarán los problemas por orden de prioridad.

Cada nuevo problema que se introduzca en la lista de problemas recibirá un número secuencial y un nuevo título.

Si un problema pasa a resolverse como tal, pero da lugar a un nuevo problema, bajo el título "situación del problema" colocaremos que este problema se remite a un nuevo problema que se habrá numerado.

Ejemplo:

Número Problema	Título problema	Fecha Introd.	Situación	Fecha Resol.
1	Dolor en 4,6 agudo	24/10/84	Ver prob. 10	24/10/84
2	Enferm. periodon- tal generalizada.	24/10/84		
3	Apiñamiento den- tario bimaxilar.			
.	-			
.	-			
.	-			
.	-			
.	-			
.	-			
10	Necrosis pulpar 46 con periodontitis	25/10/84	Endodoncia 46 con pun- tas gutapercha	23/11/84

En este ejemplo vemos como el problema nº 1 se resuelve como tal según se refleja en las notas de evolución, pero pasa a crear un nuevo problema que se numera secuencialmente con el nº 10 y se titula de nue-

vo con el título "Necrosis pulpar del 4,6 con periodontitis" y se fecha.

Puede ocurrir también que un problema ocasione un nuevo problema, con en el caso de una caries severa, cuya resolución sea la exodoncia, dará lugar a zonas edentulas (nuevo problema), que ennumerará secueencialmente y se titulará en la lista de problemas.

La lista de problemas se colocará al principio de la H.C.O.P. y sirve como una tabla de contenidos.





## CAPITULO 10

### PLANES DE TRATAMIENTO.

Una vez que ya se ha confeccionado la Lista de Problemas es necesario trazar o establecer una serie de planes de tratamiento para poder resolver cada uno de los problemas planteados.

Los planes de tratamiento los vamos a reducir en nuestra historia clínica a los planes integrados. Ya que los planes iniciales lo que hacen es dar una descripción detallada de todas las alternativas de tratamiento para resolver cada uno de los problemas, y esto a nuestro entender puede ser muy beneficioso para el alumno, porque de esta forma el profesor puede evaluar el razonamiento por el que establece un tipo de tratamiento concreto, pero la historia clínica se hace muy larga y tediosa para su confección. Esto llevaría consigo el que el alumno, por su extensión, perdiese interés y no la rellenase correctamente.

Los planes integrados contienen un listado guía para la solución de los diversos problemas, en el que aparece el número del problema, el nº de visita, el

- plan a seguir de tratamiento, la fecha fijada para la resolución de cada visita y los honorarios devengados en cada visita.

Es aconsejable que ordenemos el plan integrado de forma que los pasos para la resolución de los problemas sean lógicos y apropiados.

En ocasiones es necesario desviarse de los planes integrados debido al cambio de algunas condiciones, en este caso lo que proponemos es que a partir de la visita en que se haya tenido que variar los planes, se confeccione una nueva propuesta de planes integrados en una nueva hoja, y en la que se contengan los nuevos planes integrados propuestos con el número de visitas y los honorarios si se han modificado.

En ocasiones en que los planes integrados son muy largos debido al número de visitas que tiene que realizar el paciente, es conveniente dividir estos planes integrados en fases. Es decir, hay pacientes en los que no se podrá crear un plan de tratamiento completo hasta que no conozcamos como va a ser la evolución del tratamiento inicial, o sea, tendremos que conocer el

éxito o fracado del tratamiento realizado para poder seguir con una segunda fase o plan de tratamiento.



CAPITULO 11NOTAS DE EVOLUCION.

Las notas de evolución es la sección más dinámica de toda la H.C.O.P.. En ellas se contiene una narración lo más detallada, pero concisa, posible de los procedimientos realizados para la resolución de cada uno de los problemas.

En las notas de progreso se incluyen una serie de secciones que son:

- S: hace referencia al informe verbal del paciente sobre cada problema.
- O: hace referencia a todos los datos nuevos obtenidos sobre el problema. Datos objetivos (Ejemplo: radiografías, test de vitalidad pulpar, índice de placa, etc.).
- A: hace referencia a la percepción del problema por parte del usuario (dentista). (Ejemplo: el dentista puede observar una higiene dental mala, etc.). Juicios diagnósticos, etc.

T: en esta sección se reflejan los procedimientos realizados para la resolución de cada uno de los problemas.

Ex: Exploraciones complementarias.

Las entradas en las notas de evolución se hacen cada vez que se realiza una nueva visita del paciente al consultorio.

No necesariamente en cada una de las entradas tendremos que incluir cada una de las secciones S.O. A.T., sino que sólo utilizaremos las que convengan. En la mayoría de las entradas sólo será necesario utilizar la sección T.

La mayoría de los procedimientos una vez resueltos en la sección T de las notas de evolución, tendrán que registrarse en otras partes de la H.C.O.P. como es en:

- Los esquemas dentales, en la sección de "Registros de tratamiento". Esquemas que como ya hemos dicho estarán al principio de la H.C.O.P. junto con la Lista de Problemas.

- La lista de problemas, en donde tendrá que titularse el procedimiento bajo el epígrafe "Situación del problema" y ponerse la fecha de resolución del mismo.

El pasar la información al esquema dental y a la lista de problemas proporciona un sumario gráfico y escrito de los procedimientos dentales ya completos y del tratamiento que resta.

Una vez terminamos las notas de evolución podemos añadir la hora de inicio de la consulta. Esto nos servirá para poder obtener una serie de indicadores sobre el rendimiento de la unidad instrumental.

Al final de cada nota irá firmado por el médico o dentista que lo realice.





## CAPITULO 12

### INFORME DE ALTA.

El informe de alta formaría parte de la última parte de la H.C.O.P. dental, es decir, de la evolución.

Es un resumen de la historia clínica e incluye un extracto de todo lo relativo a cada problema y de su evolución.

Y por último se incluye un apartado "Problemas pendientes al alta" en el que se hace referencia a aquellos problemas que no han quedado resueltos totalmente.

Ejemplo: Una endodoncia realizada que debe esperar un período de dos o tres meses para su obturación definitiva, y mientras lleva una obturación provisional.

Este informe de alta es un documento que sirve tanto para dar por terminado el tratamiento en un de-

partamento, aunque queden otros problemas pendientes a resolver por otro departamento. Como para dar el informe de alta en la Escuela de Estomatología al finalizar totalmente el tratamiento.

H.C.O.P.

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALENCIA

INFORME DE ALTA

Servicio de \_\_\_\_\_

Nº H<sup>2</sup>C<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ALTA POR: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA CONSULTA:PROBLEMAS INICIALES Y EVOLUCION:PROBLEMAS PENDIENTES AL ALTA:

Médico encargado

Médico Jefe

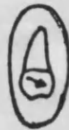
Valencia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

CAPITULO 13TABLA DE SIMBOLOS NORMALIZADOS DEL ODONTOGRAMA.

1.- EXODONCIA.



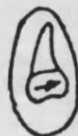
2.- IMPACTADO MESIOANGULAR.



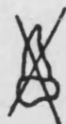
3.- IMPACTADO DISTOANGULAR.



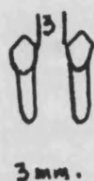
4.- IMPACTADO HORIZONTAL.



5.- PIEZA AUSENTE.



6.- DIASTEMA.



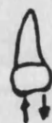
7.- ENDODONCIA.



8.- LESION APICAL.



9.- EXTRUSION O INTRUSION.



10.- MESIALIZACION O DISTALIZACION.



11.- DIAGNOSTICO INCIERTO.



12.- DISCREPANCIA BORDE MARGINAL.



13.- FRACTURA DENTAL.



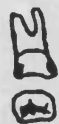
14.- ROTACION DENTAL.



15.- IMPACTACION DE ALIMENTOS.



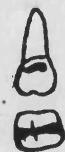
16.- CARIES MOD.



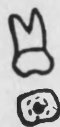
17.- CARIES CLASE V.



18.- RESTAURACION.



19.- CARIES RECURRENTE.



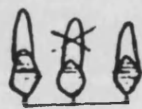
20.- ONLAY .



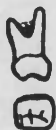
21.- CORONAS .



22.- PUENTES .



23.- LESION FURCA .



24.- RECESION GINGIVAL .





25.- SONDAJE PERIODONTAL.



26.- APICECTOMIA.



APENDICE A LA GUIA DEL USUARIO.

Hay una serie de documentos clínicos, que pueden ser incluidos dentro de la historia clínica dental orientada por problemas, y que son específicos de ciertas especialidades.

Estos documentos específicos formarían parte de la base de datos y se rellenarían por el especialista en cuestión, no se rellenarían por el estomatólogo general o por el estudiante de estomatología.

Entre estos documentos que podrían formar parte de la base de datos de nuestras historias dentales en la Escuela de Estomatología de Valencia, están:

- Departamento de Ortodoncia (documentos)
  - . Análisis Cefalométrico
  - . Cálculo de la discrepancia óseo-dentaria
  - . Cálculo de la discrepancia en el tamaño dentario
  - . Análisis final
  
- Departamento de Periodoncia (documentos)
  - . Ficha periodontal

- Departamento de oclusión (documentos)

- . Se puede añadir un tampón que tiene unas figuras con la musculatura masticatoria para marcar sobre ellos los músculos doloridos.

- Departamento de Patología Médica (documentos)

- . Igualmente se puede añadir un tampón en el que hay un dibujo de boca, labios, lengua, etc. donde se puede marcar la localización de las lesiones de mucosa oral.

Estos tampones se pueden colocar sobre las hojas de la Base de Información (Exámen físico) por sus caras posteriores o reverso y pueden servir de gran ayuda al clínico para hacerse una idea de forma visual de la localización y extensión de la lesión, incluso para ver la evolución, en tamaño, de la misma.

La propuesta que nosotros hacemos sobre estos documentos específicos es la de mantener los ya existentes en los diferentes departamentos, pero normalizando el tamaño y márgenes de los documentos, y adaptando los al modelo de historia dental elaborada por nosotros.