



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LAS  
HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICO DE  
LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS EN EL  
PERIODO ACADÉMICO 2018-1.

Autora

Yosselyn Fernanda Salinas Márquez

Año  
2018



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LAS  
HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICO DE  
LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS EN EL PERIODO  
ACADÉMICO 2018-1

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos  
establecidos para optar por el título de Odontóloga

Profesor Guía

Dra. María Pilar Gabela Berrones

Autora

Yosselyn Fernanda Salinas Márquez

Año

2018

## DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

"Declaro haber dirigido el trabajo, "Evaluación de la calidad de la información registrada en las Historias Clínicas en el Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas en el periodo académico 2018-1", a través de reuniones periódicas con el estudiante Yosselyn Fernanda Salinas Márquez, en el semestre Noveno, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

---

Dra. María Pilar Gabela Berrones  
C.I 0603600172

## DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber dirigido el trabajo, "Evaluación de la calidad de la información registrada en las Historias Clínicas en el Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas en el periodo académico 2018-1", a través de reuniones periódicas con el estudiante Yosselyn Fernanda Salinas Márquez, en el semestre Noveno, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

---

Dra. Adriana Emilie Lasso Hormaza  
C.I. 1713710547

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

---

Yosselyn Fernanda Salinas Márquez  
C.I 1150043014

## AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por guiar cada uno de mis pasos para poder cristalizar una meta más en mi vida.

Al apoyo incondicional de mi familia, que ha depositado su confianza en mí, confianza que me hace crecer cada día más, permitiéndome creer en mis capacidades.

De igual manera agradezco a la Universidad de las Américas de manera específica a la Facultad de Odontología y a sus Docentes, por haberme brindado la oportunidad de cursar mis estudios superiores, ayudándome a adquirir los conocimientos necesarios que hacen posible el cumplimiento de este importante objetivo.

Un especial agradecimiento Dra. María del Pilar Gabela, ya que fue quien me dotó de las herramientas necesarias para el desarrollo eficaz de éste trabajo, de igual manera a la Dra. Adriana Lasso por su abnegada ayuda, la cual permitió el feliz cumplimiento de mi tesis académica.

## DEDICATORIA

Con todo mi amor dedico el presente trabajo a las personas más importantes en mi vida, que confiaron y me motivaron para llegar a cumplir mi sueño más grande de ser odontóloga.

A Benny mi madre y mejor amiga, sus valores han permitido que sea una mujer de bien, pero más que nada por enseñarme que con amor y dedicación los resultados siempre serán positivos.

A Richard, mi padre, por ser el pilar fundamental en mi vida y mi ejemplo a seguir, sus éxitos motivaron en mí a ser mejor cada día.

A mi hermana Daniela, por sus consejos y apoyo a lo largo de estos años de estudio.

A Dario, él es mi inspiración ya que gran parte de mi esfuerzo es por demostrar que aun estando lejos de mi hogar se puede ser una persona correcta y conseguir todas las metas planteadas.

Sin duda no puedo dejar pasar por alto aquellas personas que fueron parte de este proceso, por brindarme su amistad y consideración.

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las falencias más comunes en el registro de la información de las Historias Clínicas en el Centro de Atención Odontológico de la Universidad de Las Américas en el periodo académico 2017 y 2018, a través de la revisión del contenido e información registrado en 306 documentos, utilizados por los estudiantes de Clínica II a Clínica V.

Una vez recogida la muestra, los resultados se tabularon y se observó resultados relevantes, por ejemplo; en el 69,33% de historias clínicas revisadas, se encontró algún tipo de error que puede significar consecuencias graves que comprometen la salud y vida del paciente tratado. También se demostró que los errores más comunes al momento de prescribir un medicamento, es la ausencia de dosis, frecuencia, duración y vía de administración del medicamento, no dejando constancia de lo recetado.

Se concluyó que la ausencia de una información precisa en la historia clínica sobre la salud del paciente puede generar problemas médico legales para el profesional y, además, causar efectos indeseables en la salud del paciente. Por lo tanto, se debe fortalecer los conocimientos sobre la Historia Clínica en los estudiantes, con el objetivo de mejorar los errores encontrados en este estudio y ofrecer al paciente una atención odontológica de calidad.



## **ABSTRACT**

The objective of this study was to determine the most common failures in the registry of the information of the Medical Records in the Center of Dental Attention of the University of the Americas in the 2017-2018 Academic Period, through the revision of the information registered in 306 documents, used by students from Clinic II to Clinic V.

The results were tabulated and relevant results were found, for example; in 69.33% of the reviewed medical records, it was found some errors that can mean serious consequences to the health and life of the treated patient. It was also shown that the most common errors at the time of prescribing a medication, is the absence of dose, frequency, duration and route of administration of the drug, without leaving record of what is prescribed.

It was concluded that the absence of precise information in the medical record about the patient's health, can lead to legal medical problems for the professionals and also to undesirable effects on the patient's health. Therefore, the knowledge about the Medical Record should be strengthened in the students, with the aim of improving the errors found in this study and offering the patient a quality dental care.

# ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Planteamiento del problema .....	2
2.1. Preguntas de investigación .....	3
2.2. Justificación .....	3
3. Marco teórico.....	4
3.1. Seguridad del paciente.....	4
3.1.1. Evento adverso .....	4
3.1.2. Calidad asistencial.....	5
3.1.3. Retos en la Seguridad al Paciente .....	6
3.2. Historia clínica.....	7
3.2.1. Definición de historia clínica. ....	7
3.2.2. Partes de la historia clínica.....	7
3.3. Semiología .....	12
3.4. Historia clínica y seguridad del paciente .....	13
3.4.1. Uso de abreviaturas que llevan a confusión a los profesionales ...	13
3.4.2. Insuficiencia de información adecuada al paciente para el tratamiento .....	13
3.4.3. Correcciones que llevan a cometer errores asistenciales .....	15
3.4.4. Cumplimiento de protocolos .....	16
3.4.5. Errores en la prescripción de medicamentos .....	17
4. OBJETIVOS .....	18
4.1. Objetivo general.....	18
4.2. Objetivos específicos.....	18
5. METODOLOGÍA .....	19
5.1. Diseño de la investigación.....	19
5.2. Universo y muestra .....	19
5.2.1. Universo .....	19
5.2.2. Muestra .....	19

5.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	20
5.3.1. Criterios de inclusión .....	20
5.3.2. Criterios de exclusión .....	20
5.4. Operacionalización de las variables.....	21
6. RESULTADOS .....	23
7. Discusión.....	32
8. Conclusiones .....	36
9. Recomendaciones .....	37
REFERENCIAS .....	38
ANEXOS .....	45

## **1. Introducción**

La presente tesis comienza a desarrollarse desde la importancia de llenar de manera correcta y completa la historia clínica, que al ser un documento médico legal de respaldo y registro de importante información acerca del paciente, síntomas, antecedentes, diagnóstico, procedimientos, evolución, medicación, exámenes complementarios y tratamientos médicos u odontológicos realizados, es muy susceptible a errores que pueden llevar a importantes consecuencias tanto para el paciente como para el profesional.

Sin embargo, pese a que la mayoría de profesionales de la salud conocen de las consecuencias que tiene el llevar de manera incorrecta tan importante documento, se sigue cometiendo importantes errores, sin tener en cuenta el riesgo que conlleva dicha acción.

Además, en el ámbito de salud, se debe tener en cuenta que la seguridad del paciente es una prioridad, y que la misma se puede ver comprometida por un error u omisión en la historia clínica. Errores que por más simples que parezcan pueden llevar a un mal diagnóstico y un erróneo tratamiento que pondría en riesgo la vida del paciente.

Por otro lado, no sólo la seguridad y salud del paciente está en riesgo en este aspecto, sino también el profesional, puesto que leyes y reformas hoy en día han sido modificadas al punto de que el profesional de la salud puede llegar a ser condenado por la justicia en caso de un error u omisión que pongan en riesgo la salud del paciente. Es por esta razón que es importante tomar en cuenta los lineamientos y normas necesarias para llenar de manera correcta una historia clínica con el fin de llegar a un correcto diagnóstico y tratamiento para mejorar la salud del paciente.

## 2. Planteamiento del problema

PALABRAS CLAVES: Historia clínica odontológica, calidad de información.

La historia clínica es un documento privado y médico de tipo legal en el cual se registran en orden cronológico todas las condiciones de salud del paciente, los actos médicos que van a suscitarse y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud. Los datos deben ser obtenidos por medio de métodos semiotécnicos adecuados, para llegar a un correcto diagnóstico y conseguir una atención odontológica de calidad. (González & Cardentey, 2015)

Sin embargo, la información recolectada en la historia clínica puede ser susceptible a modificaciones, errores y adulteraciones que dificultan el correcto diagnóstico y tratamiento del paciente. (Melton, Raman, Chen, Sarkar, Pakhomov, & Madoff, 2010). Un informe que realizó el Instituto de Medicina en Estados Unidos, afirma que la deficiencia de información y comunicación entre los profesionales de la salud, a través de la historia clínica, es responsable de eventos adversos, provocando daños en la salud del paciente. (Hoon, Hek, Dijk, & Verheij, 2017)

De acuerdo a la literatura, la calidad asistencial está determinada por la seguridad del paciente, es decir; la atención sanitaria debe incluir acciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos de la práctica clínica. Por lo tanto, la seguridad del paciente se logra a través de la interacción y el equilibrio permanente, por un lado, de una serie de condiciones latentes que incluyen la cantidad y calidad de los recursos, la cultura de seguridad y, las características del contexto institucional, y por otro, de los profesionales y equipos que desarrollan su actividad en el entramado asistencial. (Aibar-Remón, C., Aranaz-Andrés, J. M., García-Montero, J. I., Mareca-Doñate, R. (2008). La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Med Clín (Barc)*. 131:26-32.

Un requisito obligatorio en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas para la atención a los pacientes, es la Historia Clínica; siendo un

documento primordial en todas las etapas de atención al paciente. Por esta razón, es importante conocer la calidad de los datos registrados en este documento médico legal con la finalidad de identificar oportunidades de mejora que conlleven a ofrecer una asistencia sanitaria segura. Es necesario enfatizar que la falta de importancia que se le ha dado a este tema, ha conllevado a más de riesgos para el paciente, a problemas médicos legales como demandas en contra de los profesionales e Instituciones de Salud. (Luna , 2008)

### **2.1. Preguntas de investigación**

- ¿Cuál es el nivel de precisión y comprensibilidad de la información registrada en las Historias Clínicas en el Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas en el periodo académico 2017 y 2018?
- ¿Cuáles son los errores más comunes en el registro de información de las Historias Clínicas en el Centro Odontológico de la Universidad de las Américas en el periodo académico 2017 y 2018?
- ¿Cuáles son los riesgos para el paciente y profesional el registro de información ambigua en la Historia Clínica?

### **2.2. Justificación**

La importancia de estudiar, detectar y evaluar las falencias en las historias clínicas radica en evitar una interpretación incorrecta de los datos obtenidos, problemas legales y un mal diagnóstico de la enfermedad, los cuales generan un riesgo para el paciente y para el profesional (Hellstrom, Bondesson, Hoglund, & Eriksson, 2012). La evaluación de los procesos asistenciales ha adquirido gran relevancia en las últimas décadas, tanto para los proveedores de salud como para los pacientes y ciudadanos en general, que desean unos servicios sanitarios de alta calidad y más seguros.

Por lo tanto; el presente trabajo de investigación se enfoca en la verificación de la calidad de información registrada en las historias clínicas, así como también; los errores frecuentes en estos documentos médico legales, utilizados para la

atención del paciente en el Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas el en periodo 2017 y 2018. La información obtenida a través de este estudio servirá para la planificación e implementación de medidas que permitan brindar una atención segura para el paciente y así evitar consecuencias legales para el profesional.

### **3. Marco teórico**

#### **3.1. Seguridad del paciente**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la seguridad del paciente como “la reducción del riesgo del daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un último aceptable”. Por ello, la seguridad del paciente se basa en proporcionar un ambiente seguro y placentero para el tratamiento y atención en general del mismo (Aranaz & Moya, 2011).

El objetivo principal de la seguridad del paciente es la planificación e implementación de estrategias para disminuir el riesgo y daño a los pacientes. (Sally & Womack, 2004). Por lo tanto; los profesionales de la salud y personal de apoyo y administrativo de las Instituciones Sanitarias, deben estar capacitados adecuadamente para garantizar que el paciente está seguro durante una intervención médica. (Say & Thomson, 2008). De la misma manera, también es importante que el paciente se mantenga involucrado e informado todo el tiempo sobre su tratamiento y atención. Estos factores en conjunto, son de gran importancia para poder determinar qué tan eficiente fue la práctica médica (Nancarrow, Booth, Ariss, Smith, Enderby, & Roots, 2013).

##### **3.1.1. Evento adverso**

Se considera como evento adverso cualquier acontecimiento vinculado al procedimiento asistencial que tiene consecuencias negativas para el paciente y que puede producirle lesión, incapacidad o fallecimiento (Rafter, y otros, 2014).

En el año 1999, se publicó el reporte realizado por el Institute of Medicine de los Estados Unidos, en donde se concluyó que de 44.000 a 98.000 personas mueren anualmente como producto de errores de la atención sanitaria (Kohn , Corrigan , & Donaldson , 2000).

También, en el reporte de Harvard Medical Practice Study, realizado en Estados Unidos luego de la observación de 51 hospitales, se determinó que la incidencia de eventos adversos es del 3,7% y, el 27,6% de estos se produce por negligencia. El 70% puede provocar discapacidades leves, el 3% discapacidades permanentes y por último; el 13,6% se relaciona con la muerte del paciente; por lo tanto, a partir de estos estudios, se considera que las Instituciones de salud son una de las organizaciones con más riesgos para los pacientes (Ramirez & Pedraza, 2017).

En el 2012, en la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana, se realizó un estudio sobre la frecuencia de eventos adversos a partir de la revisión de historias clínicas, dando como resultado 306 eventos adversos registrados en 465 historias clínicas. Se concluyó que el 81,3% de estos pudieron ser prevenibles (Gallego, Julieth, & Vélez, 2016).

El incremento de la incidencia de eventos adversos debido a la práctica clínica es cada vez mayor a causa de falencias potencialmente prevenibles por parte de las Instituciones de Salud (Rafter, y otros, 2014).

Adicionalmente, es importante recalcar que las causas de los eventos adversos no se deben únicamente a errores por toma de decisiones inapropiadas del profesional, sino que también puede suceder por falta de conocimiento sobre determinado tema (Gallego, Julieth, & Vélez, 2012).

### **3.1.2. Calidad asistencial**

De acuerdo a la OMS, una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa,



y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y efectiva.

La calidad asistencial se enfoca en la dimensión primordial de la seguridad del paciente ya que tiene un verdadero interés en las organizaciones que están relacionadas con el área de la salud para prevenir resultados adversos en la práctica clínica (Hanlon, y otros, 2017). Es decir, tiene como función primordial impulsar y promover la implementación de un programa sistemático de mejora continua. Los factores técnicos, científicos y de actitudes humanas, son los retos que deben superar las Instituciones de Salud para favorecer el compromiso de los prestadores de servicios a mejorar su atención, generando un impacto favorable en la salud de la población (OMS, 2016).

En nuestro país legalmente existe un manual que implementó el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el 2016, para brindar seguridad al paciente y así, mitigar los riesgos. La calidad de atención es fundamental y, se ha normado ciertos aspectos como la utilización de formularios, documentos, etc.; para tener un control eficiente de las acciones antes de realizar alguna intervención médica. Sin embargo; en las Organizaciones Sanitarias sigue siendo un desafío prevenir posibles eventos adversos, mitigar riesgos, corregir errores y aprender de ellos (Rocha, Kuerten, Tomazoni, Souza, Anders, & Davis, 2016).

### **3.1.3. Retos en la Seguridad al Paciente**

La Organización Mundial de la Salud ha anunciado el tercer reto mundial en seguridad del paciente, cuya finalidad es disminuir en cinco años un 50% de la ocurrencia de eventos adversos, causados por deficiencias en la atención sanitaria. (OMS, 2016). La finalidad del Reto en Seguridad del Paciente es garantizar resultados óptimos para una atención de calidad, a través de tres estrategias: sensibilización y ejecución de campañas, manifestar el compromiso para hacer frente a enfermedades y, la aplicación de maniobras para mejorar la confianza del paciente (Gluck, 2012).

Es decir, la mayoría de las acciones propuestas por organismos que tienen que ver con la salud tanto a nivel nacional e internacional, se dirigen a marcar directrices que mejoren la seguridad del paciente a partir de políticas sanitarias orientadas hacia hospitales y clínicas (DiCuccio, 2015).

### **3.2. Historia clínica**

#### **3.2.1. Definición de historia clínica.**

La historia clínica es un documento médico legal en el que un profesional de la salud recolecta toda la información relevante sobre el paciente. Dicho documento contiene todos los datos psicobiopatológicos de suma importancia para la interrelación entre los diferentes niveles de atención (Michael, 2016). La historia clínica refleja qué tan minucioso es el trabajo del profesional al momento de recolectar datos sobre la enfermedad o molestia que presenta el paciente al momento de la consulta; datos que servirán a futuro para un correcto diagnóstico por lo tanto un adecuado tratamiento (Ozair, Jamshed, & Aggarwal, 2015).

#### **3.2.2. Partes de la historia clínica.**

##### **3.2.2.1. Anamnesis**

Algunos autores consideran que sin la anamnesis ningún diagnóstico es posible. La anamnesis es una parte de la historia clínica dedicado a la recolección de información por medio de un interrogatorio dirigido por el profesional de la salud, siendo ésta la mejor herramienta del médico al momento de diagnosticar (Inceoglu, Naz, Cura, Eren, & Gorgun, 2014).

Se puede decir que la calidad de la información recogida durante la anamnesis depende de la calidad de relación que se establezca entre el profesional de la salud y el paciente; es por esta razón que se le debe dar mucha importancia a lograr que el paciente tenga la confianza necesaria para contestar con la

debida honestidad las preguntas planteadas por el clínico y así poder llegar a un correcto diagnóstico (Guarneri, Tchernev, Wollina, & Lotti, 2017).

### **3.2.2.2. Partes de la anamnesis**

#### **- Datos de filiación**

Es la información personal que puede ayudar a identificar alguna enfermedad o causa de la misma. Los datos de filiación son: Edad, profesión, lugar y fecha de nacimiento, estado civil, género, raza, residencias ocasionales, residencias habituales, dirección, teléfono, instrucción (Charangowda, 2010).

#### **- Motivo de consulta**

Es la razón principal por la que el paciente llegó a la consulta con el profesional de la salud. Dicha información se la obtiene con preguntas simples como: ¿Cuál es su principal molestia? O ¿Por qué vino al hospital o clínica? (Masic, 2012).

El motivo concreto de la consulta es satisfacer las necesidades requeridas por el paciente ya que, es la causa que ha alentado a la atención clínica, abriendo paso a la inspección de signos y síntomas para llegar a un correcto diagnóstico (Martinez , 2015).

#### **- Enfermedad actual**

Es la parte de la historia clínica en la cual se recoge detalladamente todas las molestias que padece el paciente desde que comenzó la enfermedad hasta el momento de la consulta. Este cuestionario debe ser dirigido por el profesional de la salud con el fin de indagar completamente cada detalle que pueda influir en la causa de la enfermedad, siempre dirigido a un buen diagnóstico (McFarland, 2015).

El profesional de la salud debe investigar a fondo sobre los síntomas del paciente y anotar en la historia clínica presencia o ausencia de síntomas concomitantes incluyendo la mayor parte de detalles posibles como también la

medición de los mismos; si el paciente llega a la consulta tomando algún tipo de medicamento se debe escribir en la historia clínica el nombre del medicamentos, dosis, frecuencia y duración de tratamiento. Los datos obtenidos deben ser objetivos para no prestarse a interpretaciones erradas (McFarland, 2015).

- **Signos vitales**

Una parte fundamental de la historia clínica es la evaluación de signos vitales, se encuentra constituida por presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y frecuencia respiratoria (Homa, Neff, King, Caraballo,, Bunnell, & Babb, 2015). Valores fuera del rango normal pueden ocasionar una mala práctica médica y mayor riesgo para el paciente (Jones, Logan, Gladden, & Bohm, 2015).

- **Revisión de sistemas**

Esta parte de la historia clínica tiene como objetivo reconocer si el paciente presenta alguna patología adicional que no se encontró ni en el motivo de la consulta ni en la enfermedad actual (Mathur, Conway, Andrew, Macpherson, & Ross, 2015).

El odontólogo debe revisar al paciente los diferentes sistemas: labios, mejillas, maxilar superior, maxilar inferior, lengua, paladar, piso de boca, carrillos, glándulas salivales, orofaringe, articulación témporo-mandibular y ganglios entre otros. En esta parte de la historia clínica el profesional de la salud debe dar la importancia adecuada y revisar mediante un examen físico visual tanto el interior como el exterior de la cavidad bucal en búsqueda de antecedentes que permitan una mejor certeza de la patología o molestia que presenta el paciente (Mathur, Conway, Andrew, Macpherson, & Ross, 2015).

- **Historia pasada**

También llamada antecedentes personales, incluye el periodo de tiempo que va desde el nacimiento del paciente hasta el momento de la consulta. Esta parte

de la historia se divide en historia pasada patológica e historia pasada no patológica (Meyle, Gersok, Boedeker, & Gónzales, 2014).

La historia pasada patológica pretende recolectar información relacionada con enfermedades del paciente ya que pueden influir directamente en la enfermedad que padece el mismo (Meyle, Gersok, Boedeker, & Gónzales, 2014).

La historia pasada no patológica hace referencia a los hábitos que tiene el paciente, de la misma manera estas costumbres pueden relacionarse con la enfermedad o dolencia del mismo (Meyle, Gersok, Boedeker, & Gónzales, 2014).

- **Historia familiar y social**

Esta parte de la historia clínica tiene por objeto recoger la información sobre enfermedades de familiares directos y del ambiente socio económico en el que se ubica el paciente (Ziukaite , Slot, Loss, Coucke, & Van der Weijden, 2016).

- **Odontograma**

Es un esquema usado por los odontólogos para registrar toda la información sobre la boca de un paciente, en dicho gráfico se permite colocar todas las piezas que tiene el paciente y que tiene en cada una de ellas, cuales ya se han realizado un tratamiento anteriormente y todas las piezas que ha perdido o deben ser extraídas (Dominguez , Silva , Vásquez, & Medina, 2016).

- **Evolución del tratamiento**

Se anota todos aquellos cambios que va teniendo el paciente ya sean estos buenos o malos, se escribe con frecuencia cada paso que se realiza para así tener un registro del estado y evolución del paciente, con sello y firma del médico (Alcaraz, Nápoles, Chaveco, Martínez, & Coello, 2010).

## - **Consentimiento informado**

El consentimiento informado es un procedimiento mediante el cual el paciente acepta las condiciones en las cuales el profesional va a trabajar, donde se explica paso a paso el procedimiento que se va a realizar en cada caso; por tal motivo es una de las partes esenciales de la historia clínica ya que sin este documento no se puede acceder a la atención del paciente (Kakar, Gambhir, & Nanda, 2014).

Tiene como finalidad obtener la aprobación del paciente antes de proceder al tratamiento, los pacientes tienen derecho a información de alta calidad que les permita participar en la toma de decisiones sobre su atención. El odontólogo tiene la obligación de brindar información y guiar a sus pacientes a lo largo del proceso. Este documento revisa la orientación ética, legal y profesional; por lo cual es de vital importancia su autorización (Main & Adair, 2015).

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos por cada año se ejecutan más de 50 millones de procedimientos médicos, los pacientes, a través del consentimiento informado son informados sobre las opciones de tratamiento, riesgos, beneficios y alternativas. Es así como los pacientes tienen la oportunidad de instruirse acerca del pronóstico de su tratamiento. Los paciente pueden llegar a solicitar toda la información que crean conveniente ayudándose de una segunda opinión como el apoyo de un familiar o amigo para llegar a tomar la mejor decisión posible (Spatz, krumholz, & Moulton, 2016).

Sin embargo, en las Instituciones Sanitarias, el contenido del consentimiento informado, a menudo carece de detalles sobre los riesgos, beneficios y alternativas que son críticos para la toma de decisiones significativas del paciente. Estos documentos deben ser redactados con un alto nivel de comprensión de la lectura, dando lugar al comportamiento proactivo de búsqueda de información (Stanley, Walters, & Maddern, 2014).

### - **Interconsulta**

La interconsulta se produce cuando el profesional de la salud considera necesario que la situación del paciente sea evaluado por un especialista en cierta rama de la medicina, con experiencia más avanzada dependiendo del caso. El uso adecuado de las opiniones de otros médicos dará una habilidad más grande para un exitoso tratamiento; por lo tanto, la comunicación óptima entre profesionales de la salud es la clave esencial para alcanzar una atención sanitaria segura y de calidad para el paciente (Navia & García , 2015).

### **3.3. Semiología**

Es la ciencia que estudia todos aquellos síntomas de las enfermedades, dicha sintomatología está conformada por signos síntomas.

- **Síntomas.** - Se refiere a manifestaciones subjetivas que son percibidas únicamente por el paciente y que el profesional de la salud sólo puede llegar a tener conocimiento de éstos a través de un interrogatorio (Rivers, Garrigues, Graciosa, & Harden, 2015).

- **Signos.** - Son las expresiones objetivas, tangibles y medibles de la enfermedad que padece el paciente como un tumor, una deformación o una coloración (Rivers, Garrigues, Graciosa, & Harden, 2015).

- **Semiotecnia.** - Se refiere a todos los procedimientos que se usan para identificar una sintomatología en el paciente después llegar a un diagnóstico (Durán & Arturo, 2016).

- **Síndrome.** - Es el conjunto de signos y síntomas que provocan una misma fisiopatología (Stephano, y otros, 2015).

- **Fisiopatología.** - Es la ciencia que estudia las alteraciones funcionales de una enfermedad y se encarga de explicar la razón de cada signo y síntoma (Daruich, y otros, 2016).

- **Enfermedad.** - Es el conjunto de signos y síntomas que tienen por objeto una misma evolución y provienen de una causa específica que no siempre es conocida (Kumar, 2016).

- **Diagnóstico.** - Es la determinación de la naturaleza de una enfermedad o de un caso en específico (Zuberbier, Aberer, & Bindslev-Jensen, 2014).

### **3.4. Historia clínica y seguridad del paciente**

Uno de los puntos más importantes en relación médico y paciente es el interrogatorio, el cual debe basarse en confianza y respeto de ambas partes para obtener la información necesaria de la situación actual del paciente y así, lograr un diagnóstico y tratamiento adecuado (Hennessey & Heryer, 2011).

La falta de información en la historia clínica puede ser un problema al momento de la atención al paciente. Por este motivo, su exhaustividad y la constancia de todos los procesos realizados en el paciente de forma ordenada y clara, llevará a una atención sanitaria segura para el paciente (Glintborg, Andersen, & Dalhoff, 2014).

#### **3.4.1. Uso de abreviaturas que llevan a confusión a los profesionales**

Las abreviaturas son usadas con frecuencia en los profesionales de la salud convirtiéndose en una redacción de información ambigua, dando como resultado incomprensión en la comunicación ya que, estas siglas se podrían llegar a interpretar de diversas maneras y llevar a un error médico (Velasco, 2017).

#### **3.4.2. Insuficiencia de información adecuada al paciente para el tratamiento**

La falta de información completa:



En la anamnesis nos puede llevar a un diagnóstico erróneo debido a que en la mayoría de patologías del sistema estomatognático se diferencian de otras por datos específicos y sus características como el tiempo de aparición, causa aparente, causa real, entre otras (Bush, Sturmer, Stearns, Simpson, Brookhart, & Rosamond, 2018).

Datos de filiación: como la edad permite conducir la atención odontológica como enfermedades particularmente de niñez y juventud y enfermedades propias de la edad adulta; otro factor importante del paciente enfermedades frecuentemente para sexo femenino o masculino; la profesión es un principio frecuente en ciertas enfermedades como un médico está afectado por tensiones emocionales; el lugar de nacimiento guía a afecciones depende del clima que el paciente resida; el estado civil determina como por ejemplo enfermedades venéreas como en los solteros, por ellos son factores esenciales en los cuales nos llevará a un correcto tratamiento (Sauver, Carr, Yawn, Grossardt, Bock-Goodner, & Klein, 2017).

El motivo de consulta: explica la razón por la que el paciente llegó a la consulta por tal motivo la deficiencia de información nos llevara a un diagnóstico erróneo por la falta de comunicación correcta entre el profesional y el paciente (Bush, Sturmer, Stearns, Simpson, Brookhart, & Rosamond, 2018).

La enfermedad actual: en este interrogatorio el dolor es un factor muy importante ya que, al medir la intensidad, porque empiezan los síntomas es muy significativo para la correcta evolución del paciente. Estos y muchos componentes son de considerable relevancia ya la insuficiencia de datos conduce a inexactitud del proceso médico (Sauver, Carr, Yawn, Grossardt, Bock-Goodner, & Klein, 2017).

Otro punto importante es la relación médico y paciente señalan la importancia de que no se puede efectuar ningún tratamiento sin el consentimiento por parte del paciente por tal motivo, es transcendental la entrega de la total información de los beneficios y perjuicios determinando así el éxito del paciente (Horstman, y otros, 2017).

Por tal motivo, el paciente siempre debe ser correctamente informado acerca del tratamiento sino esto conducirá a problemas médicos legales. Ya que en la actualidad existe un porcentaje elevado de demandas en solicitudes de historias clínicas, ya que las clínicas no remiten los datos solicitados (Horstman,, y otros, 2017)

Es así como en el estudio realizado en Madrid en el 2013 “La obligación de informar al paciente, cuestiones sobre el derecho a ser informado” se ha expuesto que la correlación médico y paciente surge ante una necesidad del paciente destacando la importancia ya que la falta de comunicación, información u omisión de relevante información puede causar varios efectos indeseados para el tratamiento y evolución del tratamiento (Parra, 2016)

### **3.4.3. Incorrecciones que llevan a cometer errores asistenciales**

El incrementar la seguridad del paciente, implica la seguridad legal. Es decir, la utilización de protocolos básicos disminuye la posibilidad de errores asistenciales facilitando mejoras en el registro de los tratamientos. (Rocco & Garrido, 2017)

La comunicación entre profesionales de la salud y pacientes debe ser de alta calidad ya que esto nos garantizará una buena relación y confianza para el éxito del tratamiento a realizarse, por tal motivo otro de los puntos importantes es la comunicación a través de la historia clínica ya que esto ayudará a una mejor comprensión del paciente, y entre los profesionales (Gay, Castellanos, & Díaz, 2016).

En el estudio “Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional”, realizado en el 2016, menciona sobre recomendaciones para mejorar la práctica dirigida hacia profesionales de la salud e instituciones sanitarias; para la prevención de errores médicos se debe tener un alto conocimiento y actualización de temas relaciones a la salud, como también cumplir con todos los requisitos legales de la historia clínica,

conocimientos en base a habilidades y experiencias por parte del profesional, evidencia de firmas correspondientes y exámenes complementarios en la historia clínica, aplicar las medidas de seguridad correctamente y una buena comunicación entre el profesional y el paciente logrando así éxito en el tratamiento (Gay, Castellanos, & Díaz, 2016)

#### **3.4.4. Cumplimiento de protocolos**

Documento dirigido a facilitar el trabajo clínico, elaborado mediante una síntesis de información que detalla los pasos a seguir ante un problema asistencial específico. Está consensuado entre los profesionales, con carácter de "acuerdo a cumplir" y se adapta al entorno y a los medios disponibles. En términos de bioseguridad, se adopta un comportamiento preventivo por parte de los profesionales de la salud siendo su finalidad reducir el riesgo de infecciones tanto para el profesional como para el paciente (Argelagós, Cárdenas, & Blanco, 2014).

La calidad y ejecución de protocolos son elementales para la mejora de los sistemas sanitarios modernos. Dentro de los eventos adversos odontológicos encontrados y relacionados con los procedimientos, un estudio enfocado en la identificación de pacientes con eventos adversos a través del análisis de historias clínicas, encontró que el 5,1% de estas historias reportaban fallas activas en la seguridad del paciente, muchas de estas por no cumplir los protocolos establecidos (Sandoval & Donat, 2008)

En un estudio realizado en Barcelona, en el que se buscaba identificar el conocimiento de los profesionales sobre protocolos de acción en caso de emergencia, se encuestó a 201 odontólogos y se determinó que el 73% no conocía la importancia de un protocolo clínico, mientras que el 12% de los odontólogos manifestaron que si conocían un protocolo de emergencia y pudieron ponerlo en práctica. A partir de este estudio, se reportó que gran porcentaje de profesionales no tiene los conocimientos suficientes sobre

protocolos, a pesar de ser una herramienta clave para el éxito de los tratamientos. (Argelagós, Cárdenas, & Blanco, 2014).

#### **3.4.5. Errores en la prescripción de medicamentos**

Los errores de medicación son muy comunes en la práctica general de los profesionales de la salud, al momento de prescribir la medicación con fallas tiene consecuencias y ponen en riesgo la seguridad del paciente (Velo & Minuz, 2009).

El conocimiento inadecuado y la información parcializada sobre las características clínicas y los tratamientos previos que han tenido los pacientes, comúnmente resultan en fallas, además de un alto riesgo de medicar inadecuadamente al paciente (Nucklos, y otros, 2014). De acuerdo a Velo & Minuz (2009), los entornos de trabajo inseguros, procedimientos desconocidos por el tratante y la falta de comunicación entre los colaboradores profesionales de la salud, son los causantes más comunes de errores en la atención sanitaria. En la prescripción de medicamentos, es inexcusable resaltar la escritura del nombre del medicamento, dosis, frecuencia, duración de tratamiento y la vía de administración.

Según una investigación realizada en el 2017 por el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oklahoma, donde se describió errores en la medicación recetada a los pacientes de uno de los departamentos de emergencias, se encontró que la tasa de errores en una muestra de 1000 recetas fue de 13.4%, donde la prescripción incompleta o inadecuada fue el error más común con un 58.2% de los casos. Estos datos apuntan a la conclusión de que varios de los problemas que presentan los pacientes al momento de tomar sus medicamentos son causados por prescripciones incompletas o inadecuadas por parte del profesional de la salud (Murray K, Belanger , Devine , Lane, & Condren, 2017).

En un estudio llevado a cabo por la Universidad de Queens sobre “La incidencia, prevalencia y factores contribuyentes asociados con la ocurrencia de errores de medicación en niños y adultos en el contexto de la comunidad”, se analizaron varios casos entre el año 1990 al 2010 en diferentes bases académicas de Estados Unidos, concluyendo que los errores más comunes en la dosificación de los medicamentos prescritos a los pacientes son: La lectura incorrecta de las prescripciones y los errores de cálculo por parte de los profesionales de la salud. Por ello, es necesario garantizar que la lectura de las prescripciones sea óptima y, además, que las cargas de trabajo dentro del entorno laboral sean razonables y equilibradas. Otro punto crítico que se recomendó a partir de este estudio es reforzar los protocolos de comunicación y los mecanismos para notificar errores en las prescripciones médicas de los pacientes para que sean atendidos a tiempo y así evitar eventos adversos para los pacientes, garantizando su seguridad (Murray K, Belanger , Devine , Lane, & Condren, 2017).

#### **4. OBJETIVOS**

##### **4.1. Objetivo general**

Determinar la calidad y precisión de la información registrada en las Historias Clínicas en el Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas en el periodo académico 2017 Y 2018.

##### **4.2. Objetivos específicos**

- Detectar los errores más comunes en el registro de información de las Historias Clínicas en el Centro Atención Odontológico de la Universidad de las Américas en el periodo académico 2017 y 2018.
- Identificar la Clínica del Centro Atención Odontológico de la Universidad de las Américas que presentó el mayor número de errores en el periodo académico 2017 y 2018.

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1. Diseño de la investigación

De acuerdo al enfoque, este estudio es cuantitativo ya que determinó la frecuencia de las variables para responder a las preguntas planteadas. En cuanto a la cronología de los hechos, este estudio es longitudinal retrospectivo ya que se analizó información de las historias clínicas existentes, cuya apertura fue realizada en los periodos académicos 2017 y 2018.

### 5.2. Universo y muestra

#### 5.2.1. Universo

El universo para la presente investigación estuvo constituido por 1500 historias clínicas utilizadas por los estudiantes de Clínica II a Clínica V en el periodo académico 2017 y 2018.

#### 5.2.2. Muestra

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

Nivel de Confianza (NC)	95%
Población (N)	1500
Proporción (p)	0,5
Error deseado (e)	5,0%

Constante (k)	1,96
Proporción (q)	0,5

<b>Tamaño de la Muestra es:</b>	306
---------------------------------	-----

La muestra seleccionada, con un nivel de confianza del 95% y un error del 5%, estuvo constituida por 300 historias clínicas. Se utilizó un muestro aleatorio de las Historias Clínicas utilizadas por los estudiantes de Clínica II a Clínica V, en el C.A.O, en el periodo 2017 y 2018.

Cada historia clínica fue sometida a un análisis enfocado a conocer si cumple con los parámetros requeridos en las siguientes partes: Datos de filiación, anamnesis, examen del sistema estomatognático, odontograma, diagnóstico, prescripción, tratamiento, procedimiento, información entregada por el profesional/cirujano, eficacia de cepillado, plan de tratamiento integral, consentimiento informado, cédula de identidad, protocolos y exámenes complementarios.

### **5.3. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **5.3.1. Criterios de inclusión**

- Historias clínicas que hayan sido abiertas en el año 2017 y 2018 en el C.A.O.

#### **5.3.2. Criterios de exclusión**

- Historias clínicas con fecha de apertura anterior al periodo al 2017 y posterior a mayo del 2018.

## 5.4. Operacionalización de las variables

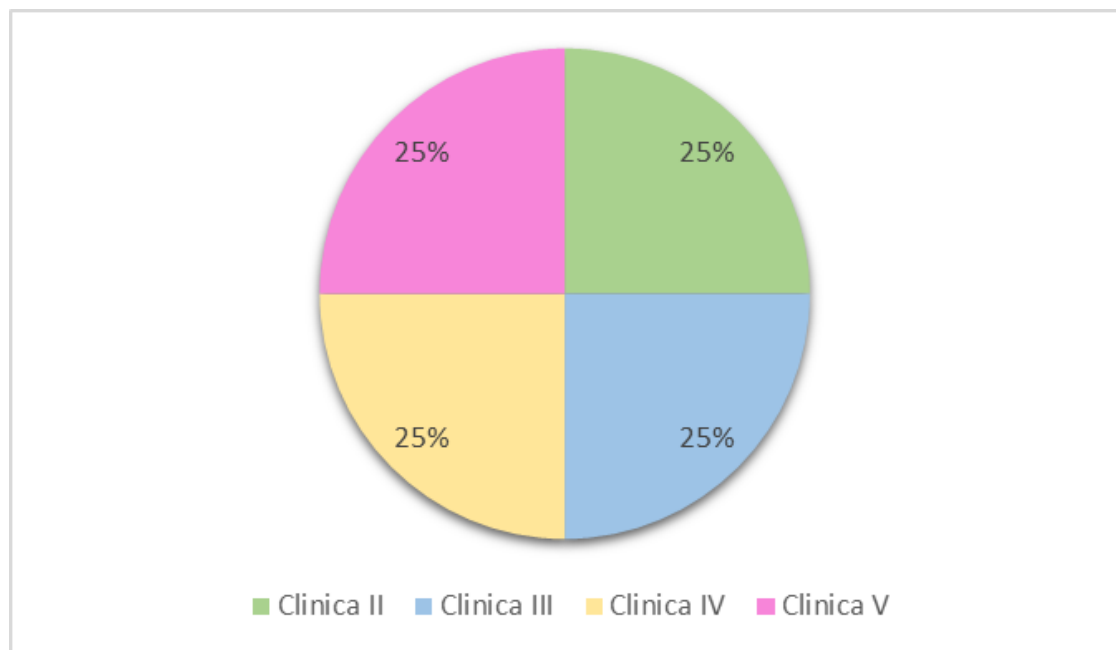
Variable	Conceptualización	Operacionalización	Escala de medición
Nivel de clínica	Nivel que cursa el estudiante al momento del estudio	Clinica II Clínica III Clínica IV Clínica V	Variable cualitativa, escala de medición: nominal.
Historias clínicas completas	Las historias Clínicas se encuentran totalmente completas	Evaluación mediante: SI / NO	Variable cualitativa, escala de medición: nominal.
Coherencia entre el motivo de consulta y el tratamiento realizado	Motivo de consulta: manifestación del paciente que solicita atención médica Tratamiento: conjunto de medios para establecer un procedimiento	Evaluación mediante: SI / NO	Variable cualitativa, escala de medición: nominal.
Diagnóstico con su respectivo código	Evaluación completa de una cierta condición y código de acuerdo al CIE	Evaluación mediante: SI / NO	Variable cualitativa, escala de medición: nominal.
Interconsulta	El profesional de la salud consideró que el paciente debe ser evaluado por un especialista	Evaluación mediante: SI / NO	Variable cualitativa, escala de medición: nominal.
Tachones	Existen datos ilegibles en la Historia Clínica	Evaluación mediante: SI / NO	Variable cualitativa, escala de medición: nominal.
Tratamientos de cirugía. Existen exámenes complementarios	Evidencia de exámenes complementarios para el tratamiento ( rx, laboratorio)	Evaluación mediante: Biometría hemática, Rx panorámica, Biometría hemática y Rx panorámica y	Variable cualitativa, escala de medición: nominal.



Tratamientos periodontales. Existen exámenes complementarios	Evidencia de exámenes complementarios para el tratamiento ( rx, laboratorio)	ninguna. <b>Evaluación mediante:</b> Biometría hemática, Rx panorámica, Biometría hemática y Rx panorámica y ninguna.	Variable cualitativa, escala de medición: nominal.
Tratamientos endodónticos. Existen exámenes complementarios	Evidencia de exámenes complementarios para el tratamiento ( rx, laboratorio)	<b>Evaluación mediante:</b> Biometría hemática, Rx panorámica, Biometría hemática y Rx panorámica y ninguna.	Variable cualitativa, escala de medición: nominal.
Consentimiento informado	El paciente acepta y firma de manera voluntaria las condiciones especificadas en el consentimiento informado	<b>Evaluación mediante: SI / NO</b>	Variable cualitativa, escala de medición: nominal.
Plan de tratamiento integral	Acción odontológica en la cual se le brinda al paciente un plan de tratamiento adecuado a su caso	<b>Evaluación mediante: SI / NO</b>	Variable cualitativa, escala de medición: nominal.
Receta médica	Documento legal enviado por el profesional de la salud para recetar medicamentos	<b>Evaluación mediante: SI / NO</b>	Variable cualitativa, escala de medición: nominal.
Prescripción de medicamentos se detalla	Acto profesional del médico que consiste en recetar una determinada medicación o indicar un determinado tratamiento a un paciente.	<b>Evaluación mediante:</b> Nombre del medicamento Dosis Frecuencia Duración Vía de Administración	Variable cualitativa, escala de medición: nominal.

## 6. RESULTADOS

Para la ejecución del presente estudio se seleccionó aleatoriamente 300 historias clínicas que fueron abiertas en el Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas en el periodo académico 2017 y 2018, encontrándose los siguientes resultados:



**Figura 1. Nivel de clínica del estudiante que realizó la apertura de la Historia Clínica**

Se realizó un estudio de 300 Historias Clínicas abiertas en el Centro Odontológico de la Universidad de las Américas, con una participación equitativa en los cinco niveles de clínica.

**Tabla 1. ¿La Historia Clínica se encuentra totalmente completa?**

Nivel de Clínica	La Historia Clínica se encuentra completa			
	SI		NO	
II	16	5,33%	59	19,67%
III	23	7,67%	52	17,33%
IV	25	8,33%	50	16,67%
V	28	9,33%	47	15,67%
<b>Total</b>	92	30,67%	208	69,33%

Se observa que el 69,33%(n=208) de las Historias Clínicas se encuentra incompleta de las cuales los estudiantes de Clínica II presentan el mayor porcentaje con 19,67%(n=59).

**Tabla 2. ¿Qué parte de la Historia Clínica presenta ausencia de información?**

Partes de la Historia Clínica	Frecuencia	Porcentaje
Datos de Filiación	4	0,85%
Anamnesis	2	0,43%
Examen del sistema estomatognático	1	0,21%
Odontograma	8	1,71%
Diagnóstico	52	11,09%
Tratamiento	7	1,49%
Procedimiento	11	2,35%
Prescripción	80	17,06%
Información entregada por el profesional/cirujano	7	1,49%
Eficacia de cepillado	9	1,92%
Plan de tratamiento integral	199	42,43%
Consentimiento informado	16	3,41%
Cédula de identidad	29	6,18%
Protocolos	9	1,92%
Interconsulta	1	0,21%
Exámenes complementarios	34	7,25%

Se observa que existe ausencia de información principalmente en el “Plan de tratamiento Integral”, el 43.9% de las historias clínicas mostraron un plan de tratamiento que no presenta concordancia con el odontograma. También, el 13,6 y 11,4% de historias clínicas no presentaron información en la prescripción y diagnóstico respectivamente. Seguidamente, se observa la ausencia de exámenes complementarios y cédula del paciente en el 8% y 6,4% de historias clínicas correspondientemente.

**Tabla 3. ¿Existe coherencia entre el motivo de consulta y el tratamiento realizado?**

Nivel de Clínica	Coherencia entre el motivo de consulta y tratamiento			
	SI		NO	
II	68	22,67%	7	2,33%
III	70	23,33%	5	1,67%
IV	72	24,00%	3	1,00%
V	74	24,67%	1	0,33%
<b>Total</b>	284	94,67%	16	5,33%

La revisión de historias clínicas mostró coherencia entre el motivo de consulta y el tratamiento realizado en un 94,67% (n=284).

**Tabla 4. ¿Qué incongruencias se detectan entre el motivo de consulta y el tratamiento realizado?**

Incongruencias Detectadas	Frecuencia	Porcentaje
Motivo de Consulta: Odontología, Tratamiento realizado: Profilaxis	16	5,33%

Referente a la Tabla 4, mostrada anteriormente un 5,33% (n=16) de las Historias Clínicas no tenía relación entre el motivo de consulta con el tratamiento realizado al paciente. De estas, de las 16 Historias Clínicas

presentaron que el motivo de consulta fue Odontalgia y el tratamiento realizado fue Profilaxis.

**Tabla 5. Se evidencia el Diagnóstico con su respectivo código, de acuerdo al CIE 10**

Nivel de Clínica	Diagnóstico con su respectivo código			
	SI		NO	
II	63	21,00%	12	4,00%
III	67	22,33%	8	2,67%
IV	68	22,67%	7	2,33%
V	70	23,33%	5	1,67%
<b>Total</b>	268	89,33%	32	10,67%

Se evidenció que el 10,67%(n=32) de historias clínicas, no presenta el diagnóstico con su respectivo código CIE. Este incumplimiento se observa en mayor frecuencia en los estudiantes de Clínica II, con el 4%(n=12).

**Tabla 6. ¿Se evidencia interconsulta?**

Nivel de Clínica	Evidencia de interconsulta			
	SI		NO	
II	1	0,33%	74	24,67%
III	21	7,00%	54	18,00%
IV	24	8,00%	51	17,00%
V	26	8,67%	49	16,33%
<b>Total</b>	72	24,00%	228	76,00%

El 24%(n=72) de las Historias Clínicas evidencian interconsulta, el 8,67%(n=26) corresponde a los estudiantes de Clínica V, mientras que el 76%(n=228) de las Historias Clínicas no evidencia interconsulta.

**Tabla 7. Si la respuesta fue "SI". ¿A qué especialidad fue realizada la interconsulta?**

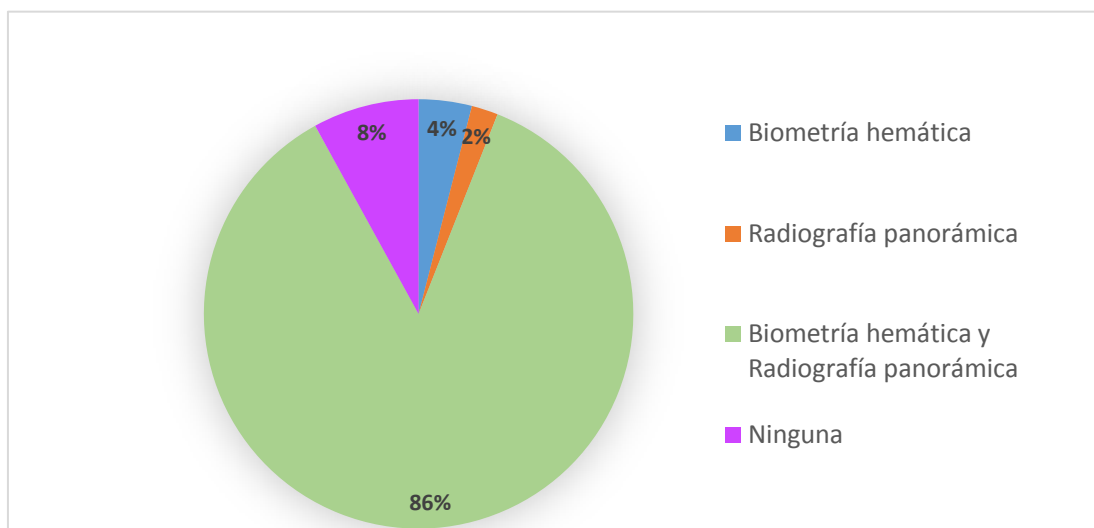
Especialidad Interconsultada	No. Historias Clínicas	
Cirugía	44	61,11%
Periodoncia	15	20,83%
Endodoncia	9	12,50%
Odontopediatría	2	2,78%
Rehabilitación Oral	2	2,78%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100,00%</b>

Se observa que la especialidad de cirugía, es la que evidencia mayor porcentaje de interconsulta con un 61%(n=44), seguido de periodoncia con un 20%(15), y endodoncia en un 12%(n=9).

**Tabla 8. ¿Existen tachones en la Historia Clínica?**

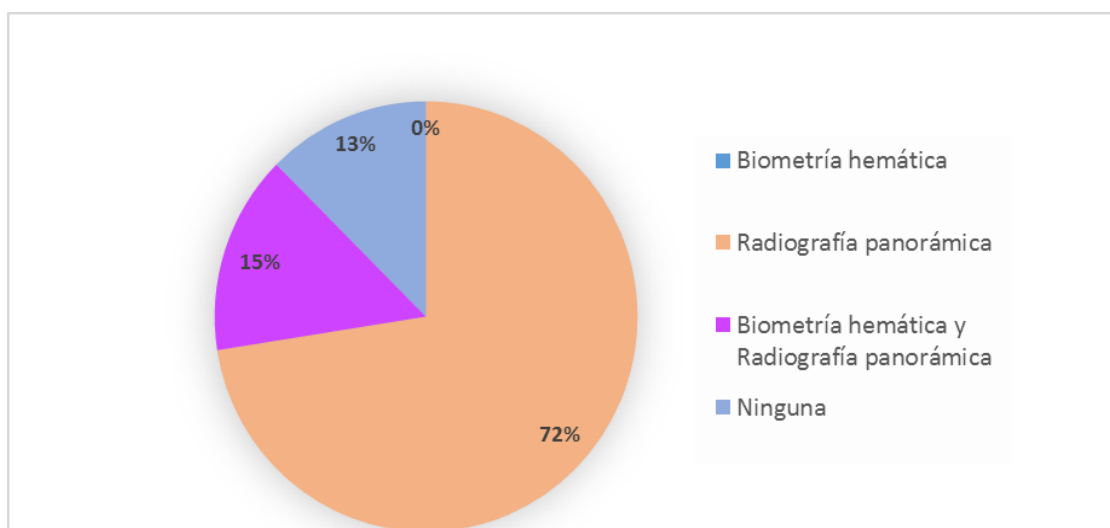
Nivel de Clínica	Tachones/enmendaduras de la Historia Clínica			
	SI		NO	
II	28	9,33%	47	15,67%
III	37	12,33%	38	12,67%
IV	48	16,00%	27	9,00%
V	54	18,00%	21	7,00%
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>55,67%</b>	<b>133</b>	<b>44,33%</b>

Se observa que existen tachones/enmendaduras en las Historias Clínicas en un 55,67%(n=167). En la Clínica V se presenta en mayor porcentaje con el 18%(n=54).



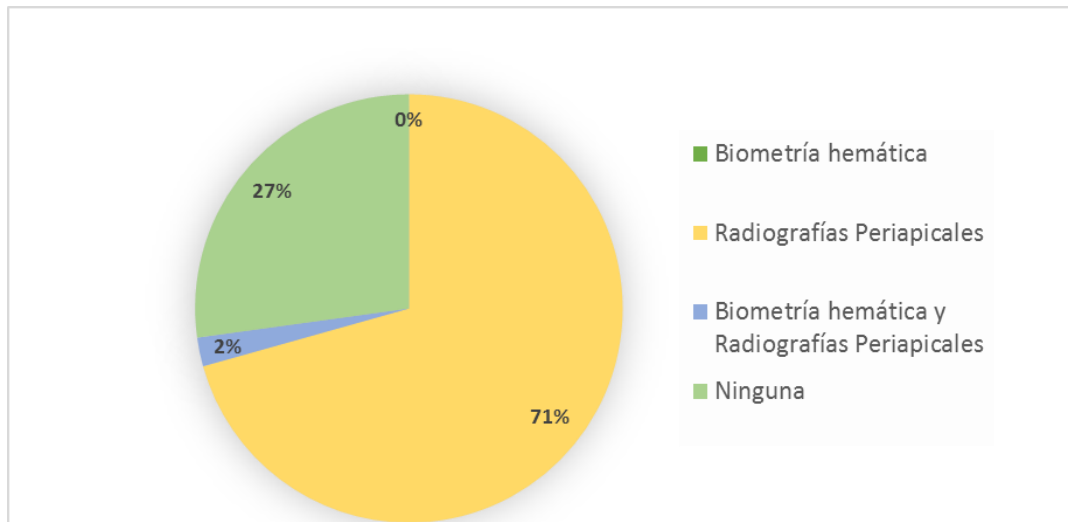
**Figura 2. En tratamientos de cirugía. ¿Existe el respaldo de exámenes complementarios?**

Se observa que solo el 86% de Historias Clínicas en las que se registraron tratamientos de cirugía, presentan como exámenes complementarios; biometría hemática y radiografía panorámica, siendo este un requisito esencial para la atención quirúrgica del paciente.



**Figura 3. En tratamientos de periodontales. ¿Existe el respaldo de exámenes complementarios?**

Se observa que solo el 72% de Historias Clínicas en las que se registraron tratamientos periodontales, presentan como exámenes complementarios; radiografía panorámica.



**Figura 4. En tratamientos endodónticos. ¿Existe el respaldo de exámenes complementarios?**

Se observa que solo el 71% de Historias Clínicas en las que se registraron tratamientos de endodoncia, presentan como exámenes complementarios; radiografía periapical, a pesar de ser requisito esencial para la atención quirúrgica del paciente.



**Tabla 9. ¿Existe firma en el consentimiento informado?**

Nivel de Clínica	Firma en el consentimiento informado			
	SI		NO	
II	68	22,67%	7	2,33%
III	70	23,33%	5	1,67%
IV	72	24,00%	3	1,00%
V	74	24,67%	1	0,33%
<b>Total</b>	<b>284</b>	<b>94,67%</b>	<b>16</b>	<b>5,33%</b>

Se observa que en un elevado porcentaje del 94,67%(n=284) de Historias Clínicas presenta firma en el consentimiento informado, garantizando así la participación voluntaria del paciente.

**Tabla 10. ¿Existe prescripción de medicamentos?**

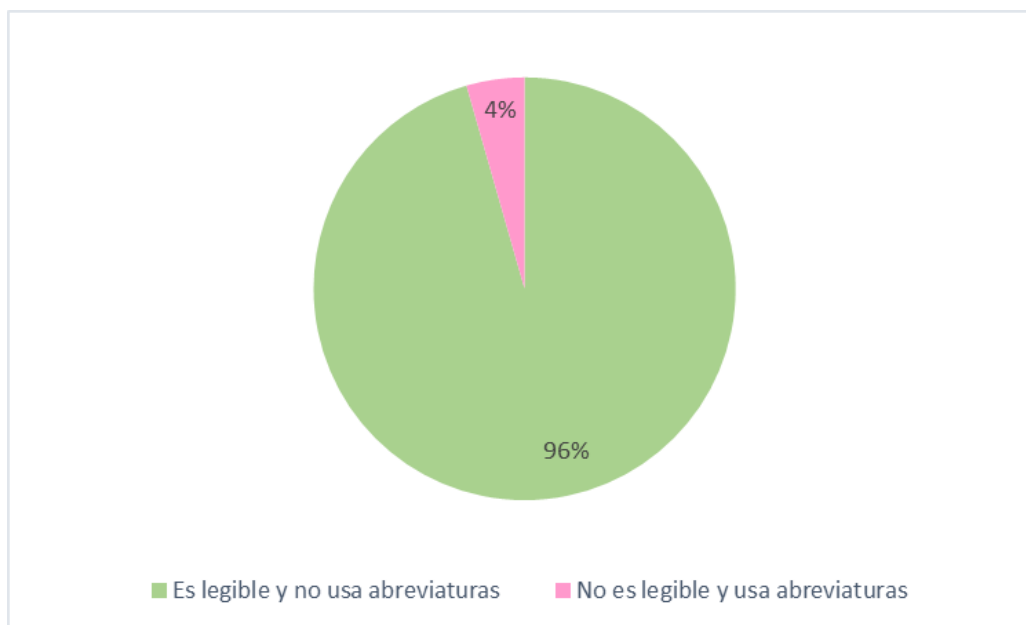
Nivel de Clínica	Existe prescripción de medicamentos			
	SI		NO	
II	0	0,00%	75	25,00%
III	6	2,00%	69	23,00%
IV	16	5,33%	59	19,67%
V	24	8,00%	51	17,00%
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>15,33%</b>	<b>254</b>	<b>84,67%</b>

Se evidencia que en el 15% (n=45) de las Historias Clínicas se registró prescripción de medicamentos. Los estudiantes de Clínica V realizaron con mayor frecuencia este procedimiento con el 8%(n=24).

**Tabla 11. En la prescripción de medicamentos se detalla:**

Componentes de la prescripción médica	Frecuencia Porcentaje	
	Nombre del medicamento	25
Dosis	12	14,81%
Frecuencia	12	14,81%
Duración del Tratamiento	10	12,35%
Vía de administración	1	1,23%
Ninguna	20	24,69%
Todas	1	1,23%

En las historias clínicas analizadas, solo el 1,25% mostró cumplir con los parámetros establecidos por la OMS en cuanto a la prescripción de medicamentos (nombre del medicamento, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y vía de administración). En el 31% se observó únicamente el



nombre del medicamento, en el 15% se detalló la duración y frecuencia y, solo el 12% de prescripciones especificaron la duración del tratamiento.

#### **Figura 5. ¿La prescripción de medicamentos es legible y no usa abreviaturas?**

Se observa que en un 96% (n=46) de las Historias Clínicas presenta prescripción de medicamentos es legible y no usa abreviaturas; mientras que el 4,44% (n=2) de las Historias Clínicas la prescripción de medicamentos no es legible y usa abreviatura.

## 7. Discusión

La Historia clínica al ser un documento legal, en el cual se registran todos los datos del paciente, procedimientos, tratamientos realizados, medicación prescrita y exámenes complementarios, es susceptible a errores debido a un incorrecto e incompleto registro de información, dando como resultado un diagnóstico erróneo para el paciente y problemas médicos legales para el profesional. Es importante evaluar dichas falencias ya que pueden afectar la salud del paciente y consecuentemente al profesional (Alcaraz, Nápoles, Chaveco, Martínez, & Coello, 2010).

En el estudio “Evaluación de la calidad de las historias clínicas” realizado por Matzumura, se evaluó 323 historias clínicas en Perú; dichas historias fueron sometidas a una ficha de auditoría que comprendía 10 ítems, fecha y hora de atención, pulcritud y legibilidad, anamnesis adecuada, signos vitales, examen físico, diagnóstico, plan de trabajo, exámenes auxiliares, tratamiento completo y firma y sello del médico; dando como resultado que, el 63,8% de las historias tenía una calidad de registro ‘aceptable’, mientras que en 36,2% de historias, la calidad de registro ‘falta mejorar’, tomando como elementos de sustento la escala valorativa de la norma técnica para calidad de registro de historia clínica aprobada por el Ministerio de Salud y teniendo en cuenta la disposiciones aprobadas por las autoridades de la Clínica Centenario Peruano Japonesa a partir del año 2009; mientras que en el presente estudio se aplicó el cuestionario de “Evaluación de la calidad de la información registrada en las Historias Clínicas”, observando así que en otros lugares también están preocupados por mejorar la calidad de la información que se registra en las historias clínicas, por lo tanto el presente cuestionario es muy similar al del autor Matzumura ya que se evalúan ítems muy similares la diferencia radica en que en este estudio se encuentra mayor número de falencias al momento de registrar la información. Por lo cual en “Valor Jurídico en las Historia Clínicas”, realizado por Brigad nos dice que debería existir una persona la cual se encargue de la revisión de las historias clínicas después de haber sido

trabajadas con el profesional y el estudiante, de esta manera se obtendrá una herramienta adecuada y útil para confirmar que la historia se encuentra correctamente llenada, ya que fortalecer este documento ayudará a evitar controvertir su valor.

En el estudio “Calidad del registro de las historias clínicas”, realizado por Guevara en Perú en el 2016, demostró que las partes de la historia clínica donde más se registraron errores, es en plan de tratamiento en un 14,7%, seguido de exámenes auxiliares y pronóstico con un 12,6% cada uno. De igual manera, en el presente estudio se observó mayor porcentaje de errores en el plan de tratamiento en un 43,33%, seguido de prescripciones y diagnóstico en un 15 y 12% respectivamente. Ambos estudios revelaron que el porcentaje más elevado de errores en la historia clínica, se encontró en plan de tratamiento, el mismo que informa al paciente sobre alternativas de tratamiento y posibles consecuencias, así como la duración esperada del tratamiento (Guevara & La Serna, 2016)

El mayor número de errores en las historias clínicas se presentan por estudiantes de primeros años ya que no tienen la suficiente destreza o por falta de información adecuada al momento de llenar adecuadamente la historia clínica.

En el estudio de Torres y colaboradores realizado en Cuba en el 2016, se evaluó las historias clínicas realizadas por estudiantes de tercer año de medicina (primer año de prácticas), observando que en dicho nivel se presentó con mayor frecuencia irregularidades en estos documentos. De la misma manera, el presente estudio demostró que el nivel de clínica con mayor cantidad de carencia de datos en la historia clínica, fue el Nivel II con un 59%. Mientras que en el presente estudio, se encuentra un alto índice de estudiantes de clínica II que no llenan completamente la historia clínica con un 19,67%, existen tachones con un 22,67%, evidencia el Diagnóstico con su respectivo

código, de acuerdo al CIE 10 en un 21%, no existe evidencia de interconsulta con un 24,67% y sin evidencia de consentimiento informado en un 2,33%. Dichos resultados demuestran que, en los primeros años de práctica clínica, debido a la poca o nula experiencia, las falencias en las historias clínicas son comunes en comparación con los estudiantes de años superiores (Favier, Dorsant, Santel, Garbey, & Sotomayor, 2016).

De acuerdo a la literatura la ausencia de información en la historia clínica eleva el riesgo de errores en la atención sanitaria. Varios estudios muestran que el 7,4% de eventos adversos y mala praxis denunciadas en Estados Unidos se producen por errores en el diagnóstico (Jena, Seabury, Lakdawalla, & Chandra, 2011).

En el estudio realizado por Pérez en Madrid “Calidad de registro de información en Historias Clínicas”, dice que el interés por evaluar de la calidad de registro de las historias clínicas es parte de las finalidades de la auditoría médica y de vital importancia, debido que las historias clínicas constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico. Como tal, la información en las mismas contribuye directa e indirectamente en la calidad de atención a los pacientes, optimiza la gestión de los establecimientos, protege los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento; como en el presente estudio se debe dar la importancia adecuada sobre todo en asuntos médico legales ya que, existe un porcentaje elevado de historias clínicas incompletas siendo así un riesgo tanto para el paciente como para el profesional, ya que las historias clínicas tienen un papel protagónico fundamental y en ocasiones es definitivo para los procesos de la responsabilidad médica. También, es de gran ayuda conocer ciertas partes de la historia clínica que su información es de vital importancia para el éxito de los tratamientos como en el estudio “La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal”, realizado en La Habana por Cuenca expone la importancia de la realización de exámenes complementarios previo a un tratamiento, especialmente intervenciones

quirúrgicas para evitar complicaciones de cualquier tratamiento, estos exámenes deben ser adjuntados en la historia clínica. En el presente estudio, se encontró que solo el 86% de tratamientos quirúrgicos cuentan con el respaldo de exámenes complementarios.

La prescripción de medicamentos establece indicaciones por parte del profesional hacia los pacientes después de la consulta odontológica y/o médica que debe ser llenada con letra clara y legible sin uso de abreviaturas con el fin de evitar confusiones y complicaciones al momento del uso del medicamento (Carvajal, Poppe, Pastor, Campos, & Rivera, 2013). La frecuencia con la que se prescriben medicamentos varía de acuerdo a la necesidad del paciente y especialidad médica. Es así como un estudio realizado por Vergeles y colaboradores en el 2010, en La Paz demostró que en el 76,8% de las consultas médicas se registró en la historia clínica la prescripción de algún medicamento, dicho resultado difiere del presentado en la presente investigación que por otro lado expuso que tan sólo en el 15 % de las consultas odontológicas realizadas en el Centro de Atención Odontológica de la UDLA se evidenció prescripción de medicamentos. Esta diferencia de resultados se puede deber a que en el área odontológica es menos frecuente el uso de medicamentos a diferencia del área de medicina, sin embargo; al observar que fueron realizados 86% de procesos quirúrgicos, se esperaba observar en su totalidad el registro de prescripciones medicamentosas.

## **8. Conclusiones**

Las historias clínicas se encontraban incompletas en un 69,33%, existiendo ausencia de información principalmente en el “Plan de tratamiento Integral” en un 43.9%, siendo la clínica II en el mayor porcentaje con un 19,67%.

## 9. Recomendaciones

- Los estudiantes que cursan la Clínica Odontológica deben reforzar su nivel de aprendizaje en cuanto a la importancia de la calidad de las Historias Clínicas para así obtener un correcto registro de datos y el éxito de los tratamientos
- Fomentar un lazo multidisciplinario docente-alumno-paciente, con el fin de unificar criterios en cuanto a la precisión de información al momento de llenar la Historia Clínica para así dar un servicio de calidad al paciente.
- Al momento de prescribir un medicamento se lo debe hacer siguiendo las normas de la OMS: Nombre del medicamento, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y vía de administración.
- En procedimientos quirúrgicos siempre se debería tener como respaldo exámenes complementarios para la seguridad del paciente y el profesional.
- El registro de la historia clínica la letra debe ser clara, legible y sin correcciones para mejorar la comunicación entre los profesionales, interpretación de diagnósticos y resultados y complicaciones medico legales.
- Se debe realizar interconsulta en los casos que lo requieran con el fin de mejorar la comunicación entre especialistas y que el paciente reciba el mejor plan de tratamiento.
- Finalmente, se debe enfatizar el grado de importancia del plan de tratamiento integral, ya que de esta manera el paciente será informado acerca de todos los tratamientos y costos requeridos para mejorar su condición de salud oral.



## REFERENCIAS

- Agboola, S., Bates, D., & Kvedar, J. (2016). Digital Health and Patient Safety. *Innovations in Health Care Delivery*, 1697-1701.
- Alcaraz, M., Nápoles, Y., Chaveco, I., Martínez, M., & Coello, J. (2010). La historia clínica: un documento básico para el personal médico. *Medisan*, 1017-1023.
- Aranaz, J., & Moya, C. (2011). Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Revista de la Calidad Asistencial*, 331-322.
- Argelagós, P., Cárdenas, A., & Blanco, J. (2014). Protocolos de atención odontológica. *Odontología pediátrica*, 153-161.
- Arreaza, J. (2005). *Manejo odontológico del paciente*. Recuperado el 4 de Enero de 2018, de [https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/paciente\\_hipertensio.asp](https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/paciente_hipertensio.asp)
- Borrell, F., Páez, C., Suñol, R., Orrego, C., Gil, N., & Martí, M. (2015). Clinical Error and Adverse Events: Primary Care Doctors¿ Perception. *ElSevier*, 25-32.
- Bush, M., Sturmer, T., Stearns, S., Simpson, R., Brookhart, A., & Rosamond, W. (2018). Position matters: Validation of medicare hospital claims for myocardial infarction against medical record review in the atherosclerosis risk in communities study. *PDS*, 1-10.
- Carvajal, H., Poppe, V., Pastor, A., Campos, W., & Rivera, C. (2013). Expediente clínico y otros documentos médico legales como evidencia en la praxis médica. *Archivos Bolivarianos de Medicina*, 60-76.
- Charangowda, B. (2010). Dental records: An overview. *Journal of Forensic Dental Sciences*, 5-10.
- Daruich, A., Matet, A., Dirani, A., Bousquet, E., Zhao, M., Farman, N., y otros. (2016). Central serous chorioretinopathy: Recent findings and new physiopathology hypothesis. *ElSevier*, 1350-9462.
- Díaz, R. (2014). Consecuencias de los eventos adversos en la UTI. *IntraMed*, 1-5.

- DiCuccio, M. (2015). The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 135-142.
- Dominguez , A., Silva , A., Vásquez, M., & Medina, E. (2016). Creation of an odontogram with web applications. *RECI*, 1-10.
- Durán, A., & Arturo, R. (2016). Plan Global-Habilidades Clínicas en semiología. *UMSS*, 1-10.
- Favier, M., Dorsant, L., Santel, C., Garbey, J., & Sotomayor, D. (2016). Errores más frecuentes en historias clínicas cometidos por estudiantes de tercer año de Medicina. *Revista Información científica*, 234-242.
- Gallego, T., Julieth, D., & Vélez, R. (2012). Características y prevalencia de los eventos adversos presentados en la Clínica del. *Universitas Odontológica*, 1-35.
- Gay, O., Castellanos, J., & Díaz, L. (2016). Exámenes de laboratorio auxiliares en el. *Revista de Asociación Dental Americana*, 115-117.
- Glintborg, B., Andersen, S., & Dalhoff, K. (2014). Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. *Quality and Safety Health Care*, 34-39.
- Gluck, P. (2012). Seguridad del Paciente. *Series de Especialidad Clínica*, 1149–1159.
- Gonzáles, R., & Cardentey, J. (2015). La historia clínica médica como documento médico legal. *Revista Scielo*, 1684-1824.
- Guarneri, C., Tchernev, G., Wollina, U., & Lotti, T. (2017). A Misleading Anamnesis: Learning To Suspect. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 473-475.
- Guevara, C., & La Serna, P. (2016). Calidad del registro de las historias clínicas en una clinica de la ciudad de Chiclayo. *Revista científica Facultad de Ciencias de la Salud*, 42-49.
- Guevara, C., & La Serna, P. (2016). Calidad del registro de las Hitorias Clínicas en una Clínica de la ciudad de Chicayo. *Salud y Vida Sipanense*, 41-49.

- Hanlon, C., Huang, C., Sloss, E., Anhang, R., Hussey, P., Farmer, C., y otros. (2017). Comparing VA and Non-VA Quality of Care: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 105-121.
- Hellstrom, L., Bondesson, A., Hoglund, P., & Eriksson, T. (2012). Errors in medication history at hospital admission:. *BMC Clinical Pharmacology*, 1-9.
- Hennessey, M., & Heryer, J. (2011). When Information Is Insufficient: Inspiring Patients for Medication Adherence and the Role of Social Support Networking. *American Health*, 10-16.
- Homa, D., Neff, L., King, B., Caraballo,, R., Bunnell, R., & Babb, S. (2015). Vital signs: disparities in nonsmokers' exposure to secondhand smoke-- United States, 1999-2012. *Morbidity an Mortality Weekly Report*, 103–108.
- Hoon, S., Hek, K., Dijk, L., & Verheij, R. (2017). Adverse events recording in electronic. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 1-16.
- Horstman,, M., Mills, W., Herman, L., Cai, C., Shelton, G., Qdaisat, T., y otros. (2017). Patient experience with discharge instructions in postdischarge recovery: a qualitative study. *BMJ Open*.
- Inceoglu, B., Naz, E., Cura, N., Eren, H., & Gorgun, S. (2014). Importance of taking Anamnesis in Dentistry and. *Research Gate*, 87-91.
- Jena, A., Seabury, S., Lakdawalla, D., & Chandra, A. (2011). Riesgo de mala praxis según las especialidades en EE.UU. *IntraMed*, 629-636.
- Jones, C., Logan, J., Gladden, M., & Bohm, M. (2015). Vital Signs: Demographic and Substance Use Trends Among Heroin Users — United States, 2002–2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 719–725.
- Kakar, H., Gambhir, R., & Nanda, T. (2014). Informed Consent: Corner Stone in Ethical Medical and Dental Practice. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 68–71.
- Kohn , L., Corrigan , J., & Donaldson , M. (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. *Committee on Quality of Health Care in America*.

- Kumar, A. (2016). Definition Of Bulky Disease In Early Stage Hodgkin Lymphoma In Computed Tomography Era: Prognostic Significance Of Measurements In The Coronal And Transverse Planes. *Journal of European Hematology Association*, 1-204.
- Luna , A. (2008). Problemas médico legales del mal manejo de la historia clínica. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*, 39-47.
- Main, B., & Adair, L. (2015). The changing face of informed consent. *British Dental Journal*, 325-327.
- Martinez , P. (2015). Dek motivo de la consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de*, 53-69.
- Masic, F. (2012). Information Systems in Dentistry. *Acta Informática Médica*, 47(55).
- Mathur, S., Conway, D., Andrew, H., Macpherson, L., & Ross, A. (2015). Assessment and prevention of behavioural and social risk factors associated with oral cancer: protocol for a systematic review of clinical guidelines and systematic reviews to inform Primary Care dental professionals. *Part of Springer Nature*, 1-8.
- Matzumura, J., Gutiérrez, H., & Sotomayor, J. (2014). Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa. *An Fac Med*, 251-257.
- McFarland, L. (2015). From Yaks to Yogurt: The History, Development, and Current Use of Probiotics. *Clinical Infectious Diseases*, 85-90.
- Melton, G., Raman, N., Chen, E., Sarkar, I., Pakhomov, S., & Madoff, R. (2010). Evaluation of family history information within clinical documents and adequacy of HL7 clinical statement and clinical genomics family history models for its representation: a case report. *Journal of the American Medical Informatics Associations*, 337-340.
- Meyle, J., Gersok, G., Boedeker, R., & Gónzales, J. (2014). Long-term analysis of osseointegrated implants in non-smoker patients with a previous history of periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*, 1-10.

- Michael, O. (2016). BOOK APPRAISAL: HISTORY OF DENTISTRY IN NIGERIA. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, 44–46.
- MSP. (2013). Manual de Codificación CIE 10-es Diagnósticos. *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*.
- Murray K, K., Belanger , A., Devine , L., Lane, A., & CondreN, M. (2017). Emergency department discharge prescription errors in an academic medical center. *Baylor University Medical Center* , 143–146.
- Nancarrow, S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team. *BioMed Central*, 1-11.
- Navia , J., & García , O. (2015). About medical interconsultation. *ElSevier*, 133-138.
- Nucklos, T., Smith, C., Morton, S., Asch, S., Patel, V., Andreson, L., y otros. (2014). The effectiveness of computerized order entry at reducing preventable adverse drug events and medication errors in hospital settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC*.
- OMS. (2016). Manual Seguridad al Paciente. *Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud*.
- Ozair, F., Jamshed, N., & Aggarwal, P. (2015). Ethical issues in electronic health records: A general overview. *Perspectives in Clinical Research*, 73–76.
- Parra, D. (2016). La obligación de informar al paciente. Cuestiones sobre el derecho a ser informado. *Rev Med Chile*, 1578-1583.
- Perea, B. (2015). Seguridad al paciente y Odontología. *Cient Dent*, 9-15.
- Pública, M. d. (2016). Manual Seguridad al paciente. *Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud-OMS*.
- Quinn, M. (2013). Occupational Health, Public Health, Worker Health. *American Public Health Association*, 526.
- Rafter, N., Hickey, A., Condell, S., Conroy, R., Connor, P., Vaughan, D., y otros. (2014). Adverse events in healthcare: learning from mistakes. *QMJ*, 273-277.

- Ramirez, M., & Pedraza, G. (2017). Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enfermería Universitaria*, 111-117.
- Rivers, E., Garrigues, D., Graciosa, J., & Harden, N. (2015). Signs and Symptoms of Myofascial Pain: An International Survey of Pain Management Providers and Proposed Preliminary Set of Diagnostic Criteria. *Pain Medicine*, 1794–1805.
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 85-95.
- Rocha, T., Kuerten, P., Tomazoni, A., Souza, S., Anders, J., & Davis, K. (2016). The culture of patient safety from the perspective. *Escola de Enfermagem USP*, 756-762.
- Roughead, E., Pharm, E., Prom, D., Semple, S., & Rosenfeld, E. (2016). The extent of medication errors and adverse drug reactions throughout the patient journey in acute care in Australia. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 113-122.
- Sandoval, A., & Donat. (2008). Efectos adversos del tratamiento del cancer oral. *Scielo*, 24(1), 111-119.
- Sauver, J., Carr, A., Yawn, B., Grossardt, B., Bock-Goodner, C., & Klein, L. (2017). Linking medical and dental health record data: a partnership with the Rochester Epidemiology Project. *BMJ*, 1-6.
- Say, R., & Thomson, R. (2008). The importance of patient preferences in treatment decisions—challenges for doctors. *The BMJ*, 542-545.
- Scally, G., & Womack, J. (2004). The importance of the past in public health. *J Epidemiol Community Health*, 751–755.
- Singh, H., Graber, M., & Hofe, T. (2016). Measures to Improve Diagnostic Safety in Clinical Practice. *HHS Public Access*, 1-10.
- Spatz, E., krumholz, H., & Moulton, B. (2016). The New Era of Informed Consent. *Jama Network*, 2063-2064.
- Stanley, B., Walters, D., & Maddern, G. (2014). Informed consent: how much information is enough? *Wiley*, 788-791.
- Stephano, D., Lombardo, D., Fabbriatore, C., Munno, C., Caliendo, I., Gallo, F., y otros. (2015). Oculo-facio-cardio-dental (OFCD) syndrome: The

- first Italian case of BCOR and co-occurring OTC gene deletion. *EISevier*, 203-206.
- Varallo, F., Oliveira, S., Rodrigues, S., & Carvalho, P. (2014). Causas del subregistro de los eventos adversos. *Revista escuela de enfermería USP*, 739-747.
- Velasco, C. (2017). Uso y abuso de abreviaturas en las historias clínicas: una reflexión sobre la comunicación entre profesionales de la salud y la interacción médico-paciente. *Ustandistancia*, 1-10.
- Velo, G., & Minuz, P. (2009). Medication errors: prescribing faults and prescription errors. *British Journal of Clinic Pharmacology*, 624–628.
- Ziukaite , L., Slot, D., Loss, B., Coucke, W., & Van der Weijden, G. (2016). Family history of periodontal disease and prevalence of smoking status among adult periodontitis patients: a cross-sectional study. *International Journal od Dental Hygiene*, 1-5.
- Zuberbier, T., Aberer, W., & Bindslev-Jensen, C. (2014). The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *European Journal of Alergy*, 705-712.

## **ANEXOS**



## **Cuestionario Evaluación de la calidad de la información registrada en las Historias Clínicas**

1. # de Historia Clínica
  
2. Nivel de clínica del estudiante que realiza la apertura de la Historia Clínica
  - Clínica II
  - Clínica III
  - Clínica IV
  - Clínica V
  
3. ¿La Historia Clínica se encuentra totalmente completa?
  - SI
  - NO
  
4. Si la respuesta es "NO". ¿Qué parte de la Historia Clínica presenta ausencia de información?
  - Datos de Filiación
  - Anamnesis
  - Examen del sistema estomatognático
  - Odontograma
  - Diagnóstico
  - Tratamiento
  - Procedimiento
  - Prescripción
  - Información entregada por el profesional/cirujano
  - Eficacia de cepillado
  - Plan de tratamiento integral
  - Consentimiento informado
  - Cédula de identidad

- Protocolos
  - Exámenes complementarios
5. ¿Existe coherencia entre el motivo de consulta y el tratamiento realizado?
- SI
  - NO
6. Especifique las incogruencias detectadas
7. ¿Existe diagnóstico con su respectivo código?
- SI
  - NO
8. ¿Se evidencia interconsulta?
- SI
  - NO
9. Si la respuesta fue "SI". ¿Qué especialidad realizada la interconsulta?
- Endodoncia
  - Peridoncia
  - Cirugía
  - Odontopediatría
  - Rehabilitación Oral
10. ¿Existen tachones en la Historia Clínica?
- SI
  - NO
11. En tratamientos de cirugía. ¿Existe el respaldo de exámenes complementarios?
- Biometría hemática
  - Radiografía panorámica
  - Biometría hemática y Radiografía panorámica

- Ninguna

12. En tratamientos de periodontales. ¿Existe el respaldo de exámenes complementarios?

- Biometría hemática
- Radiografía panorámica
- Biometría hemática y Radiografía panorámica
- Ninguna

13. En tratamientos endodónticos. ¿Existe el respaldo de exámenes complementarios?

- Biometría hemática
- Radiografías periapicales
- Biometría hemática y Radiografías periapicales
- Ninguna

14. ¿Existe firma en el consentimiento informado?

- SI
- NO

15. ¿Existe un plan de tratamiento integral completo?

- SI
- NO

16. ¿Existe prescripción de medicamentos?

- SI
- NO

17. En la prescripción de medicamentos se detalla:

- Nombre del medicamento
- Dosis
- Frecuencia

- Duración del tratamiento
- Vía de administración
- Ninguna
- Todas

18. ¿La prescripción de medicamentos es legible y no usa abreviaturas?

- SI
- NO

