Evolución histórica de los registros dentales y la importancia de su digitalización

López-Victoria Fernanda, Monzón-Wyngaard Álvaro, Marasso-Spaciuk Natalia Inés

Resumen

El expediente odontológico es el conjunto de datos y documentos ordenados y detallados en forma cronológica que permiten al profesional plantear un diagnóstico, pronóstico y el registro de tratamientos para la recuperación de la salud del paciente, reflejando la capacidad resolutiva de la clínica por parte del profesional en relación a cada caso en particular. De ahí la valoración de tener un expediente clínico integrado, completo y legible. Con el desarrollo de las tecnologías digitales que permiten el almacenamiento, resguardo, actualización y distribución de grandes cantidades de información, se produce un proceso de evolución del expediente clínico soportado en papel, hacia su coexistencia y posterior sustitución por soportes electrónicos, no solo para optimizar la calidad y eficiencia de la atención odontológica sino también para establecer su uso como base de datos en caso de ser requerido por la justicia. El objeto del presente trabajo se centra en la importancia del análisis de los registros dentales desde una perspectiva histórico-evolutiva dirigida hacia la optimización de la atención clínica odontológica y sus implicancias en relación a su digitalización.

Palabras clave: historia de los documentos dentales, registros odontológicos y expediente dental electrónico..

Abstract

The dental file is the set of data and documents ordered and detailed in a chronological manner that allow the professional to propose a diagnosis, prognosis and the record of treatments for the recovery of the patient's health, reflecting the problem-solving capacity of the clinic on the part of the professional in relation to each particular case. Hence the value of having an integrated, complete and legible clinical file. With the development of digital technologies that allow the storage, safeguarding, updating and distribution of large amounts of information, there is a process of evolution of the clinical record supported on paper, towards its coexistence and subsequent substitution by electronic supports, not only to optimize the quality and efficiency of dental care but also to establish its use as a database in case it is required by justice. The purpose of this paper focuses on the importance of the analysis of dental records from an evolutionary historical perspective directed towards the optimization of dental clinical care and its implications in relation to its digitization.

Keywords: history of dental documents, dental records and electronic dental record.

Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

Introducción

El expediente médico de un paciente es el conjunto de documentos en los cuales el médico consigna y conserva los datos que asegurarán la continuidad de los cuidados que su estado requiera.[1]

Partiendo del concepto de documento, definido por Patitó como "toda representación material destinada a reproducir una expresión del pensamiento", en la práctica odontológica la información que puede recabar el profesional odontólogo se encuentra contemplada en diferentes tipos de documentos como ser historias clínicas, fichas, certificados, consentimiento informado, recetas, presupuestos, órdenes de prescripción de prótesis dentales, derivación de pacientes, radiografías, fotografías, modelos de yeso, entre otros.[2]

Se insiste, tanto desde la perspectiva ética como legal, en el registro y el resguardo de los documentos dentales para que el profesional pueda tener, con el paso del tiempo, una visión completa y global del expediente clínico odontológico con el fin primordial de facilitar la asistencia sanitaria del paciente; y de esta manera, que pueda contar con una base para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas al fomento, recuperación y rehabilitación de la salud dento-buco-maxilar. Por lo tanto, resulta necesario para mejorar la capacidad de almacenamiento y compartición de los registros de los pacientes, establecer una infraestructura de información más eficiente y eficaz y de esta manera apuntar al mejoramiento de la calidad de la atención odontológica.[3]

Lo mencionado anteriormente resulta favorable en la actualidad a partir de la reforma del almacenamiento físico en consecuencia del exceso de material impreso en las diferentes entidades sanitarias, consultorios, clínicas e instituciones odontológicas, lo que conlleva a la aplicación de la tecnología informática en la naturaleza de la gestión de la salud, lo que es posible producir y mantener a través de los denominados registros digitales. Así como asevera Schleyer,[4] se trata de un factor clave para optimizar la atención odontológica debido a que la implementación generalizada resultaría ventajosa para los pacientes en primer término y también para la gestión de las diferentes instituciones.

Sin embargo, para abordar esta temática resultó preciso ahondar en un recorrido histórico para comprender la evolución de los registros dentales odontológicos y su relación con la asistencia odontológica actual desde las áreas clínica, ética y forense.

En la época antigua, desde los inicios de la medicina hipocrática hace más de 2400 años, los registros médicos han sido esenciales para el tratamiento de las enfermedades y el avance de la ciencia médica. Los médicos hipocráticos sintieron la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden su experiencia ante la enfermedad individual de los pacientes, naciendo de esta manera la historia clínica.[5]

Se registraron diversas colecciones de escritos médicos que tuvieron su origen en la cultura griega entre los siglos V y IV a J.C., como las primeras historias clínicas completas que se encuentran contenidas en los libros Las Epidemias I y III del Corpus Hipocraticum, atribuidos a Hipócrates y sus discípulos.[6]

De ellos se deduce que el período en que Hipócrates (siglo V a J.C.) desarrolló la medicina, se considera como el referente que separa dos eras con respecto a la creencia del origen de las enfermedades del hombre: una anterior basada en lo sobrenatural y una posterior sustentada en que las enfermedades eran causadas por el medio que lo rodea y como consecuencia de un desequilibrio entre los llamados humores líquidos del cuerpo, marcando el comienzo de la medicina moderna. Este prestigioso médico y filósofo de la antigua Grecia (Cos, c. 460 a. C.-Tesalia c. 370 a. C.) rescató a la medicina del campo de la especulación filosófica, buscando su etiología. Fue el primero en examinar al enfermo con gran cuidado buscando las diferencias entre un hombre sano y uno enfermo, creando

así las historias clínicas al describir signos, síntomas y el curso que seguían las distintas enfermedades en los enfermos que estudiaba.[7]

En la Edad Media la elaboración de la historia clínica se recupera con Los Consilia, debido a que el estudio de la medicina en las universidades condiciona su reaparición como documento manuscrito, e impreso a partir de 1450. Se trataba de documentos escritos denominados "Consilium", donde su contenido reflejaba los consejos de médicos que se daban al paciente y estaban formados por cuatro apartados donde se consignaban: -nombre del proceso; -nombre de la persona y sus síntomas enumerados ordinalmente; -cuestiones etiológicas, fisiológicas, patogénicas y terapéuticas; -y, fórmula final que incluía su acción terapéutica.[6]

En el siglo XVI surgen las Observatio y se mantienen a lo largo del renacimiento y principios del siglo XVII donde la historia clínica alude a un relato preciso, objetivo, exento de interpretación doctrinal, en el cual se mejora el estilo literario, se añade coherencia narrativa a la descripción clínica de lo observado y se acaba con una reflexión diagnóstica e indicaciones terapéuticas en relación a cada paciente en particular. Posteriormente su contenido es perfeccionado por Sydenham (1624-1689) quien basándose en el Corpus Hipocraticum, expone los fenómenos de cada enfermedad sin fundarlos en hipótesis ni agruparlos de manera forzada; lo cual continúa completándose a lo largo del s. XVIII con el método anatomoclínico y el en siglo XIX con el desarrollo de técnicas fisiopatológicas para medir signos y síntomas con precisión, enfatizando en la redacción meticulosa de las historias clínicas individuales y trabajando en el estrecho contacto con el paciente.[8]

En el siglo XX se observa un acelerado avance tecnológico y con ello un marcado crecimiento en la realización de pruebas complementarias, lo que conlleva a un aumento de la complejidad de la historia clínica que se convierte en multidisciplinar al producirse el desarrollo de las especialidades médicas. A su vez, el avance tecnológico en cuanto a la informatización en el área de la salud trae aparejado cambios radicales en lo referido al expediente clínico del paciente en el siglo XXI, entendido éste como un documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.[8]

Ferreira et al. resaltan la importancia de la realización de este registro ya que a través del mismo es posible obtener información importante sobre el paciente para conocerlo en su totalidad, además de poder sistematizar la actuación del profesional para orientar la terapéutica y solucionar el problema de salud en cada caso en particular. El expediente clínico del paciente pasa a ser un aliado del profesional, atendiendo a necesidades administrativas, éticas y legales.[9]

En la actualidad las tecnologías utilizadas en la actividad clínica permiten observar y medir aspectos referentes al estado de salud y enfermedad de las personas. A través de ello cada vez se obtienen más y mejores datos, lo que conlleva a una explosión de información sanitaria y a que algunos sistemas de información basados en papel hayan comenzado a colapsar. Por

ello, para garantizar una asistencia oportuna y de calidad se requieren nuevas formas de gestionar la información, lo que es posible lograr con la aplicación de softwares para el registro de información y documentación electrónica obtenidas en la asistencia clínica de pacientes en las diferentes áreas de las ciencias de la salud.[10]

En el área odontológica, se desarrolló un modelo conceptual de historia clínica para ser utilizado con una herramienta informática y a través de su implementación se concluyó que aplicando este recurso, se produce un mejoramiento de la calidad de la atención de pacientes haciendo que el registro y su información asociada estén siempre disponibles, además de poseer otras ventajas como ser, la solución de problemas físicos de almacenamiento y el favorecimiento de la interconsulta en lugares remotos compartiendo la información en tiempo real.[11]

Además, la implementación de historias clínicas informatizadas en el campo de la medicina impulsa a la eficacia en la atención de pacientes y en la calidad de la medicina practicada. Por esto sería beneficioso que todos los centros de salud contaran con historias clínicas computarizadas y se debería apuntar a la importancia de su homogenización.[12]

Ojeda et al. en México, mediante la realización de un artículo de revisión, coincidieron en que la aplicación del expediente clínico electrónico en el área de la salud tiene un gran potencial para ayudar al cuidado del paciente y para mejorar la calidad de la documentación clínica, aumentando la eficiencia de la administración, así como una mejor calidad, seguridad y coordinación de la atención.[13]

Coltri et al. en un trabajo realizado en Brasil destacaron los puntos principales de la legislación y su relevancia en el ordenamiento jurídico de su país, donde se prevé la digitalización y el uso de sistemas informáticos para la custodia, el almacenamiento y manejo de los registros de pacientes, las consideraciones y requisitos de la misma para que el documento digitalizado sea válido como documento original, el sistema de almacenamiento de la historia clínica digitalizada, el tiempo mínimo de conservación de la misma, entre otras cuestiones.[14]

La historia clínica además, se ha transformado en una herramienta administrativa, un documento que evidencia la realización del acto médico y es un requisito para los controles financieros en el sector de la salud.[15]

El interés especial existente por la conformación de un sistema de historias clínicas electrónicas unificadas, reside en las ventajas ya descriptas que están resaltadas a la luz de valores y principios éticos, y además, se cuenta con el apoyo y soporte de las entidades gubernamentales. En Argentina la iniciativa surgió con la Ley 27.706/23 [16] que establece un sistema de registro de historias clínicas electrónicas, donde consten los datos clínicos del paciente desde que nace hasta su fallecimiento. Y a través de lo cual se creó el programa federal único de informatización y digitalización de las historias clínicas de la Republica Argentina con la finalidad de instaurar, en forma progresiva, el sistema único de registro

de historias clínicas electrónicas, respetando lo establecido por el capítulo IV de la ley 26.529/09 [17] de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, y por la ley 25.326/2000 [18] de protección de los datos personales y sus modificatorias.

La solución propuesta está destinada a resolver una de las grandes problemáticas de la salud en el país –información de pacientes de fácil y rápido acceso al momento de emergencias–y se encuentra alineada con las políticas nacionales de fortalecimiento de las TIC en la salud.[19]

Se considera además, lo afirmado por Indarte, S y Pazos Gutiérrez, P. acerca de la importancia de contar con un sistema informatizado ya que el mismo permite que los gestores y los profesionales de la salud accedan oportunamente a datos confiables y estructurados, lo que posibilita su procesamiento, resaltando que, de esta forma, a nivel macro, se obtienen los indicadores necesarios para monitorear el desarrollo de las estrategias que llevan a cabo las políticas de salud definidas y, a nivel micro, el médico puede tomar decisiones debidamente fundamentadas en información completa y correcta de los pacientes.[20]

Otra de las perspectivas tomadas en cuenta, la de la bioética, donde una de sus funciones consiste en ser un agente para un nuevo consenso social sobre las cuestiones morales en el campo de las ciencias y la tecnología; a raíz de que la sociedad atraviesa un período de transición en todas las áreas de la actividad humana resulta necesario superar algunas dificultades. En las ciencias de la salud, el profesional odontólogo necesita adaptarse y saber aprovechar las ventajas de utilizar un sistema de información dinámico y, al mismo tiempo, respetar los límites éticos de la manipulación de los archivos de los pacientes tanto en soporte impreso como en el soporte informático.[21]

La migración a medios electrónicos no exime de cumplir con las normas éticas donde se integran valores morales, normas éticas y principios deontológicos que deben inspirar, guiar y precisar la conducta profesional del dentista.[22]

Por lo tanto, se requieren programas de software que tengan como objetivo ayudar a los profesionales a crear y mantener datos antes y durante el curso de un tratamiento, además de brindar acceso inmediato a exámenes complementarios y lograr una mayor claridad en los registros, y así poder almacenar y resguardar los mismos para ser utilizados en casos legales como forenses que sean solicitados por la justicia.[23]

Desde el punto de vista odontológico-forense, es importante que los odontólogos mantengan un estándar sobre el registro de notación dental en sus consultorios y asimismo informar qué sistema utilizan cuando sea solicitada alguna información o documentación para el proceso de cotejo con el propósito de identificación humana.[24] Resulta prioritario para ello concientizar a los profesionales que efectúan prácticas asistenciales respecto a la importancia de la correcta confección de los registros de sus pacientes.

En virtud de los incesantes avances tecnológicos, es menester utilizar

herramientas informáticas con la finalidad de conformar bases de datos que agilicen las maniobras comparativas, acotando la espera de los familiares de las víctimas, otorgando celeridad en la respuesta por parte de los peritos odontólogos como auxiliares de la justicia.[25]

La informatización de los registros de los pacientes debe ser entendida como parte de un Sistema de Historia Clínica Electrónica, el cual debe integrar toda la información sanitaria recopilada por diferentes profesionales, en diferentes instituciones, en sus más diversos formatos.[26]

Conclusiones

La computación clínica se está adoptando y utilizando cada vez más en odontología general como método de almacenamiento y registro de la información clínica odontológica, manteniendo su seguridad y confidencialidad.

El presente trabajo adquiere significación para indagar en la aplicabilidad, accesibilidad, utilidad y facilidad del uso de los registros digitales de datos y archivos dentales, factor clave para mejorar la calidad de la atención odontológica debido a que su implementación generalizada resultaría ventajosa para los pacientes en primer término y también para la gestión de las diferentes instituciones tanto privadas como públicas.

Por lo tanto, resulta cada vez más imperiosa la necesidad de informatizar los archivos y registros dentales en las instituciones de salud a través de la implementación de un mismo software, con el fin de optimizar la atención de pacientes e igualar y facilitar la comunicación entre profesionales y centros de salud sin complejas interfaces.

Referencias

1. Cumplido M. Responsabilidad Profesional del Equipo de Salud. Manual de Información para la buena praxis. Córdoba. Argentina: Editorial Alveroni; 1997.
2. Moya Pueyo V. Odontología legal y forense. Barcelona. España: Editorial Masson S. A; 1994.
3. Surján et al. A Networked Electronic Patient Record System for Diabetes. Medical informatics Europe. 2022; 3: 282-288. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15460703/
4. Schleyer et al. Clinical Computing in General Dentistry. Journal of the American Medical Informatics Association. 2006; 13(3): 344-352.
5. Cierra Martín C. La herencia de prometeo. Las enfermedades ocupacionales en el corpus hippocraticum. Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia. 2022; 74 (1): 587. https://doi.org/10.3989/asclepio.2022.08
6. Fombella Posada MJ, Cereijo Quinteiro MJ. Historia de la historia clínica. Galicia Clin 2012; 73 (1): 21-26
7. Lerman S. Historia de la odontología. 3ª ed. Bs. As.: Mundi S.A.I.C y F. 1974.
8. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud/Ley 26.529. Ciudad de Buenos Aires: Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2009.
9. Ferreira et al. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas de alfenas-mg sobre a importância do prontuário odontológico na identificação humana. Rev Bras Odontol Leg RBOL. 2020; 7(3): 65-75.
10. Lima Amorim et al. A importância do preenchimento adequado dos prontuários para evitar processos em Odontologia. Arq. Odontol. 2016; 52(1): 32-37.
11. Racciatti C. Utilización de la herramienta informática en la historia clínica odontológica. [Tesis de doctorado. Universidad Nacional de Rosario]. 2006. https://core.ac.uk/download/pdf/61697463.pdf

12. Pradier R. Perfeccionar el arte médico. Medicina. 2014; 74: 259-261.
13. Ojeda Gutiérrez et al. El expediente clínico electrónico: una opción con posibilidades ilimitadas. Revista ADM. 2019; 76(2): 91-96.
14. Coltri M, Silva R. Prontuário do paciente: comentários à Lei Nº 13.787/2018. Rev Bras Odontol Leg RBOL. 2019; 6(2): 89-105.
15. Miranda Bastidas C. História clínica: la escritura médica desde el relato del paciente hasta la narrativa médica. Colombino Medicina. 2020; 51(1): e4223. https://doi.org/10.25100/cm.v51i1.4223.
16. Ley 27706/2023, de 28 de febrero, sobre Programa federal único de informatización y digitalización de historias clínicas de la República Argentina. Boletín Nacional del Estado, (16 de marzo de 2023).
17. Ley 26529/2009, de 21 de octubre, sobre Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Boletín Nacional del Estado, (20 de noviembre de 2009).
18. Ley 25326/2000, de 04 de octubre, sobre protección de los datos personales, (02 de noviembre de 2000).
19. Cobo Campo LA, Pérez Uribe RI. Proyecto Anamnesis-Desarrollo de una aplicación web y móvil para la gestión de una Historia Clínica Unificada de los colombianos. Revista EAN. 2016; 80: 91-104.
20. Indarte S, Pazos Gutiérrez P. Estándares e interoperabilidad en salud electrónica: Requisitos para una gestión sanitaria efectiva y eficiente. Colección documentos de proyectos. Naciones Unidas. Santiago. Chile. 2014. https://repositorio.cepal.org/handle/11362/3938
21. Holanda et al. Documentação digital em Odontologia. Odontol Clín Cient. 2010; 9(2): 111-113.
22. Código de Ética y Deontología Dental. Ciudad de Bs. As.: Asociación Odontológica Argentina (AOA). 1964.
23. Beaini T, Dias P, Melani R. Assinatura e certificação digital: sua aplicação na Odontologia. RPG Rev Pós Grad. 2017; 17(2): 69-75.
24. Beaini T, Días P, Melani R. Importância pericial dos sistemas de notação dental – revisão de literatura. Rev Bras Odonyol Leg RBOL 2016; 3(1):51-59. https://doi.org/10.21117/rbol.v3i1.13
25. Briem Stamm A, Palmieri J. Intervención odontológica forense para la identificación en incidente adverso con víctimas múltiples. Instituto universitario de la policía federal argentina. Investigación y desarrollo. 2017; 3.
26. Dutra Braga et al. Validação do prontuário eletrônico do paciente em uma instituição de ensino superior em saúde: relato da experiência no módulo Anamnese. J. Health Inform. 2013; 5(1):30-5.