



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
“JOSÉ RAFAEL TONA ROMERO”**

**ESTRUCTURA RETÓRICA DE LA HISTORIA CLÍNICA
UTILIZADA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA
PRIVADA EN LA CIUDAD DE MÉRIDA-VENEZUELA**

www.bdigital.ula.ve

Autora: María N. Corti H.

Tutor: Prof. Darío Sosa

Cotutor: Prof. Yaymar Dávila

Mérida-Venezuela, Octubre de 2019



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
“JOSÉ RAFAEL TONA ROMERO”**

**ESTRUCTURA RETÓRICA DE LA HISTORIA CLÍNICA
UTILIZADA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA
PRIVADA EN LA CIUDAD DE MÉRIDA-VENEZUELA**

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al
título de Odontólogo

Autora: María N. Corti H.

Tutor: Prof. Darío Sosa

Cotutor: Prof. Yaymar Dávila

Mérida-Venezuela, Octubre de 2019

DEDICATORIA

Dedicada a mi casa de estudio, Universidad de Los Andes, donde los sueños se nutren y se hacen realidad.

A la salud de mis padres, Edecio Corti y Elizabeth Hart. A ustedes les debe todos mis logros.

Al profesor Darío Ernesto Sosa, quien con su disposición de siempre enseñar fue un gran apoyo a lo largo del desarrollo de esta investigación, más que un profesor, un gran amigo.

Al ser supremo que nos guía con su luz todos los días.

AGRADECIMIENTOS

La culminación de este TEG ha sido un gran logro para mí. Para su consecución, en este trabajo de investigación participaron numerosas personas. Sin el respaldo de ellos, seguramente no habría finalizado exitosamente. Por lo tanto, quiero agradecer a todas las personas quienes, de una u otra forma, han contribuido con el desarrollo de esta investigación:

- En primer lugar, quiero agradecer al apoyo incondicional, tanto académico como personal, que me ofreció el MSc. Darío Sosa para poder avanzar en la elaboración de este estudio. Sin su solidaridad, comprensión, visión crítica y amistad habría sido imposible culminarlo. Gracias a su contribución esta investigación tomo forma.
- Del mismo modo, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la MSc. Yaymar Dávila por su permanente y constante apoyo, por sus enseñanzas como cotutora, además de sus abundantes aportes académicos, gracias a su colaboración fueron fortalecidos los resultados obtenidos.
- Al Dr. Oscar Morales, quien sin importar su ausencia física fue un gran aporte para esta investigación, por compartir su conocimiento y por todas las correcciones acertadas, que solo una persona como usted podría ver esos detalles. Gracias por siempre estar para aclarar cualquier duda.
- Quiero agradecer la colaboración de quienes participaron como informantes expertos en esta investigación: odontólogos Carlos Sánchez, Robert Ramírez, Norma Martínez, Migdalia Calderón y Maribi Terán, gracias por compartir su conocimiento e interesantes anécdotas a lo largo de su vida profesional.
- Gracias, a mi familia y amigos por su apoyo y comprensión a lo largo de esta investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
ÍNDICE DE CONTENIDO	III
INDICE DE TABLAS	VI
INDICE DE CUADROS	VII
RESUMEN	VIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Definición y contextualización del problema	3
1.2 Objetivos	8
1.2.1 Objetivo general	8
1.2.2 Objetivos específicos	8
1.3 Justificación	9
CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes	12
2.2 Bases conceptuales	23
2.2.1 Análisis de género	23
2.2.1.1 Estructura retórica.....	23
2.2.1.1.1 Movimiento:.....	24
2.2.1.1.2 Pasos:	24
2.2.1.1.3 Realización lingüística:	24
2.2.2 Género discursivo	25
2.2.3 Historia clínica odontológica	25
2.2.3.1 Estructura de la HCO	27
2.2.4 Ficha dental	34
2.2.4.1 Apartados	35

2.3 Bases jurídicas	37
CAPÍTULO III.....	42
MARCO METODOLÓGICO.....	42
3.1 Descripción del estudio	42
3.2 Corpus de estudio	43
3.3 Criterios de selección.....	43
3.4 Procedimiento	43
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
3.6 Informantes expertos	45
3.7 Análisis de los datos	45
CAPÍTULO IV	47
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	47
4.1 Descripción del Corpus	47
4.2 Secciones que integran el documento integran el documento HCO.....	48
4.2.1 Sección 1: Identificación institucional.....	49
4.2.2 Sección 2: Título del documento.....	50
4.2.3 Sección 3: Filiación del paciente	52
4.2.3.1 Movimientos retóricos	53
4.2.4 Sección 4: Anamnesis	53
4.2.4.1 Movimientos retóricos	55
4.2.5 Sección 5: Evaluación general del paciente.....	56
4.2.5.1 Movimientos retóricos	57
4.2.6 Sección 6: Análisis y resultados de la historia clínica odontológica.....	58
4.2.6.1 Movimientos retóricos	58
4.2.7 Sección 7: Registro de actividades realizadas	59
4.2.7.1 Movimientos retóricos	59
4.2.8 Sección 8: Consentimiento informado.....	60
4.2.8.1 Movimientos retóricos	60
4.2.9 Sección 9: Cierre del documento	60
4.2.9.1 Movimientos retóricos	61
4.2.10 Pasos en que se pueden realizar los movimientos	62

4.2.11 Realizaciones de los pasos	64
CAPÍTULO V	66
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	66
5.1 Conclusiones	66
5.2 Recomendaciones	67
5.3 Limitaciones	70
REFERENCIAS	71
APÉNDICE	75
Apéndice 1	76
Cuestionario guía	76
Apéndice 2	78
Apéndice 3	79
Apéndice 4	80

www.bdigital.ula.ve

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción del corpus	47
Tabla 2. Secciones del documento de la historia clínica odontológica en frecuencia y porcentaje.....	48
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de los elementos que conforman la sección	49
Tabla 4. Enunciados de la sección 2 presentados en porcentajes y frecuencias	51
Tabla 5 Elementos de la sección 3 presentados en porcentajes y frecuencias	52
Tabla 6. Movimientos discursivos pertenecientes a la sección 3.....	53
Tabla 7. Elementos de la sección 4 presentados en porcentajes y frecuencias	54
Tabla 8. Movimientos discursivos pertenecientes a la sección 4.....	55
Tabla 9. Elementos de la sección 5 presentados en porcentajes y frecuencias	56
Tabla 10. Movimientos discursivos pertenecientes a la sección 5	57
Tabla 11. Elementos de la sección 6 presentados en porcentajes y frecuencias	58
Tabla 12. Movimientos discursivos pertenecientes a la sección 6	58
Tabla 13. Elementos de la sección 7 presentados en porcentajes y frecuencias	59
Tabla 14. Movimientos discursivos pertenecientes a la sección 7	59
Tabla 15. Movimientos discursivos pertenecientes a la sección 8	60
Tabla 16. Elementos de la sección 9 presentados en frecuencias y porcentaje.....	61
Tabla 17. Movimientos discursivos pertenecientes a la sección 9	61
Tabla 18. Frecuencia de ocurrencia de los pasos de cada movimiento retórico en cada sección encontrada.	63

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Realizaciones de los pasos del movimiento 1/ sección 3	64
Cuadro 2. Realizaciones de los pasos del movimiento1 y 2/sección 8	65
Cuadro 3. Propuesta de formato para HCO.....	69

www.bdigital.ula.ve



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
“JOSÉ RAFAEL TONA ROMERO”

ESTRUCTURA RETÓRICA DE LA HISTORIA CLÍNICA UTILIZADA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA PRIVADA EN LA CIUDAD DE MÉRIDA-VENEZUELA

Autora: Maria N. Corti H.

Tutor: Darío Sosa. **Cotutora:** Yaymar Dávila

Mérida – Venezuela, Octubre de 2019

RESUMEN

Introducción: La historia clínica odontológica es un documento universal, médico-legal, confidencial, elaborado por medio de la recolección de datos obtenidos del paciente mediante el interrogatorio y exploración clínica e interpretados por el odontólogo para concluir en un diagnóstico, pronóstico y de tratamiento; asimismo, registrar procedimientos realizados y consentimiento informado. Sin embargo, en la literatura revisada no se encontró estudios que analicen la estructura retórica de este documento. El objetivo de esta investigación es describir la estructura retórica la historia clínica odontológica utilizada en la práctica odontológica privada en Mérida, Venezuela.

Metodología: Esta investigación es descriptiva, enfoque mixto. Se empleó el análisis de género para estudiar un corpus de 50 historias clínicas odontológicas utilizadas en la práctica clínica odontológica privada, para identificar frecuencia y secuencialidad de elementos, secciones, movimientos, pasos y realizaciones lingüísticas; adicionalmente, se aplicó una entrevista semi-estructurada para contrastar el análisis lingüístico con la opinión de informantes expertos. **Resultados:** Se encontró que la historia clínica odontológica está constituida por nueve secciones sucesivas: (a) información institucional; (b) título del documento; (c) filiación del paciente; (d) anamnesis; (e) evaluación general del paciente; (f) análisis y resultados de la historia clínica odontológica; (g) registro de actividades realizadas; (h) consentimiento informado y (i) cierre del documento; encontrados nueve movimientos retóricos para la realización de las mismas. **Conclusiones:** la historia clínica odontológica es un documento de uso obligatorio. Su formato debe estar organizado para recabar información fluida y eficazmente. Es indispensable que sea respaldado por la firma tanto del paciente como del odontólogo.

Palabras clave: historia clínica, historia clínica odontológica, estructura retórica, análisis del discurso, análisis de género.

INTRODUCCIÓN

La historia clínica odontológica (en adelante HCO) desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención clínica y es vital en la interrelación entre los diferentes niveles de atención. La misma guarda el resultado del trabajo del clínico, la relación odontólogo-paciente, convirtiéndola en un recurso de inestimable valor para el odontólogo, ya que comprende el desarrollo de un sistema que pueda captar toda la información sobre el estado de salud del paciente, mejora la eficacia en la atención dental y, lo más importante, evita la no sistematicidad de las maniobras clínicas para mejorar la salud bucal de los pacientes^{1,2,3,4,5}.

La HCO es un documento de tipo universal, médico-legal, confidencial, elaborado mediante la recolección, descripción secuencial y cronológica de datos, tanto personales como familiares del paciente mediante el interrogatorio, aunado a la exploración clínica estomatológica y exámenes complementarios. Estos datos son interpretados por el odontólogo, el cual concluye a través de un análisis que lo lleva al diagnóstico definitivo de la enfermedad con la evaluación del pronóstico para establecer un plan de tratamiento adecuado, seguido de un control periódico del tratamiento realizado al paciente y su evolución subsecuente para evaluar y mantener el resultado terapéutico, así como la secuencia clínica de futuras consultas^{1,2,6}.

La importancia de este documento se extiende al terreno jurídico por su valor, convirtiéndose así en la mejor fuente de información para evaluar la calidad de la atención brindada al paciente, lo cual se traduce en aquello que se transcribe en la HCO, siendo un derecho del paciente que se deje constancia de todo tratamiento recibido de forma única, integrada y acumulativa^{6,7}.

Este documento se puede apreciar como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona que

establece todas sus necesidades y considerarse como el documento básico en todas las etapas de la atención al paciente^{7,8,9,10,11,12}.

Esta investigación tiene como objetivo describir la estructura retórica de la historia clínica odontológica (HCO) escrita aplicada en la práctica clínica odontológica privada en Mérida, Venezuela. Estuvo basada en un enfoque mixto, de tipo descriptivo. El corpus estuvo compuesto por 50 formatos de HCO empleadas en la práctica clínica privada en el Municipio Libertador de la ciudad de Mérida, estado Mérida. Para la recolección de datos cualitativos se realizó el análisis de género cuyos resultados fueron recopilados en una planilla de registro. El análisis cuantitativo se llevó a cabo mediante un análisis textual manual para identificar frecuencia y secuencialidad de elementos, secciones, movimientos, pasos y marcadores discursivos presentes.

La presente investigación está organizada en cinco capítulos: el primer capítulo plantea el problema a estudiar, el objetivo general, los objetivos específicos y la justificación. En el segundo capítulo, se describen los antecedentes, las bases conceptuales y las bases jurídicas de la investigación. En el tercer capítulo, se describe la metodología empleada en la investigación, incluyendo el enfoque y tipo de la misma, corpus de estudio, técnica e instrumento utilizados para la recolección de los datos y análisis de los mismos. En el cuarto se presentan los resultados obtenidos y la discusión de los mismos. Finalmente, el quinto capítulo expone las conclusiones, recomendaciones y limitaciones que resultaron de la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Definición y contextualización del problema

La historia clínica (HC) es un documento básico para recabar de forma ordenada y completa la experiencia odontólogo-paciente como respaldo de lo sucedido en la consulta, conceptualizándose a su vez como la relación ordenada, detallada y cronológica de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores como actuales, referentes a un paciente, finalizando con el resultado obtenido y las condiciones en que el paciente se da de alta. Se considera que la HC es un documento de tipo universal y médico-legal, donde es necesario establecer y registrar explícitamente los actos médicos y sanitarios ofrecidos al paciente^{1,2}.

Por su parte el Código Deontológico de España define la historia clínica como el *“documento médico en donde quedan registrados todos los actos médicos realizados con el paciente, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia”*¹³. En cuanto a la Asociación Dental Americana (ADA), establece que el registro de información precisa del paciente es esencial para la odontología. El registro dental, también conocido como la historia del paciente, es el documento oficial del consultorio que registra toda la información diagnóstica, notas clínicas, tratamientos y comunicaciones realizadas y relacionadas con el paciente que se llevan a cabo en el consultorio dental, incluidas las instrucciones post operatorias (si aplica), recomendaciones y consentimiento informado¹⁴.

Por otra parte, la HCO se define como el conjunto de datos aportados por el paciente e interpretados por el odontólogo; además de recopilar de

manera gráfica los datos y patologías encontradas en los dientes del paciente en un segmento conocido como odontodiagrama/dentigrama y así obtener un pronóstico, plan de tratamiento realizado y evolución del paciente^{3,15}.

Asimismo, el Código de Deontología Odontológica de Venezuela señala que es pertinente recabar toda la información necesaria durante la revisión y a su vez expresa que se debe entregar un resumen detallado de la HCO al paciente en caso de una interconsulta¹⁶.

La HCO es el testimonio en físico del estado del paciente. Además de ser una forma de registro del acto odontológico, la calidad en la elaboración de las mismas podría estar relacionada a varios factores, ya sea el nivel de exigencia en las instituciones o el conocimiento de quienes las elaboran. Del mismo modo, está destinada a la actualización de registros, para permitir a los operadores evaluar e implementar la cantidad cada vez mayor de evidencia del caso^{2,7,17}.

La HCO tiene diferentes funciones: la *asistencial*, que permite el cuidado continuo de los pacientes en las diferentes áreas de atención odontológica. También se utiliza con fines *académicos*, al permitir la realización de estudios de investigación y epidemiología; la *supervisión de organismos gubernamentales*, por medio de la planificación y gestión sanitaria. A su vez, este documento tiene funciones *legales* en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera; asimismo, sirve como *recordatorio de pruebas de tamizaje* advirtiendo sobre las posibles interacciones entre medicamentos. Este documento debe ser realizado con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento, para así poder cumplir estas funciones^{6,18}.

Por ser la pieza clave en toda auditoría de servicios asistenciales de salud, la HCO es uno de los elementos fundamentales en el ejercicio de la

profesión debido a los datos recabados en la misma a través del examen clínico y otros elementos que permiten al profesional de la salud plantear un diagnóstico y llevar un registro de todos los actos realizados con el paciente con la finalidad de brindar una mejor atención^{4,7,11}.

Por medio de diversos apartados encontrados en la literatura los datos necesarios para el trato con el paciente, en los cuales se puede encontrar como más frecuentes : el examen clínico^{2,4,6,7,10,12,18-19}, anamnesis^{2,4,6,7,10,11,18-19}, diagnóstico y plan de tratamiento^{2,4,6,7,11,15,18,20}, fecha de ingreso ^{4,6,11,15,19}, datos filiales^{6,7,10,11,19}, motivo de consulta^{6,10}, pruebas y exámenes complementarios^{2,4,6,10,11}, historia de enfermedad actual^{4,6,7,20,10}, signos y síntomas^{7,10,15,20}, tratamiento y evolución^{2, 4,6,7,11}. Como aspectos menos frecuentes se encuentran el odontograma o dentigrama^{11,15,18}, la interconsulta^{4,10,18}, hábitos^{6,10,20}, consentimiento informado⁴ y resumen⁷.

Principalmente en países latinoamericanos, la HCO se ve suplantada por un documento más resumido conocido como ficha dental (FD) y dentro de esta, en la mayoría de los casos, sus anotaciones suelen ser imprecisas e incompletas. La FD es un formato de registro donde los odontólogos describen el estado de salud bucal de un paciente. Hay una amplia variedad de tipos de fichas dentales y, asimismo, un sinnúmero de anotaciones tanto de piezas dentarias como de enfermedades padecidas y tratamientos recibidos; dicho formato, se somete a las especificaciones de la especialidad en la cual vaya a ser empleada. En algunos casos en odontología, los datos recolectados no solo sirven en el área clínica, sino que poseen validez epidemiológica en una población en particular, sirviendo como fuente de información para determinar cifras cuantitativas y cualitativas de los pacientes y así poder generar idea y/o patrón de cómo controlar la causa de la enfermedad^{3,21,22}.

La Federación Odontológica Latinoamericana establece que se haga constar la FD entre los documentos de identidad y que los profesionales lleven un registro de las fichas dentales de sus pacientes, facilitando la misma la finalidad de reflejar los datos de carácter odontológico relacionados con la identificación^{23,24}.

En Venezuela, en 1995³ fue planteado el uso de la ficha clínica en caso de emergencias con la finalidad de acortar tiempos, dado que por medio de un llenado adecuado de la misma proporciona la información básica para un plan de tratamiento integral y preciso para luego de ser solventado el problema, siempre y cuando en una siguiente cita se debe realizar el llenado de la HCO completa.

Asimismo, en el año 2014 en el estado Carabobo, Venezuela fue publicada una revisión de la literatura, la cual alcanzó a describir la HCO, su características, contenidos, modo de empleo y cuándo debe usarse o no este instrumento, ya que en cuanto investigaciones, uno de los instrumentos más empleados es la HCO; adicionalmente, describieron el consentimiento informado (CI) como documento legal aunado a la HCO¹⁰.

En vista de que gran parte de la práctica investigadora y profesional de los odontólogos gira alrededor de la lectura y la escritura, se han realizado diversas investigaciones que estudian géneros discursivos escritos, de los cuales prevalecen cuatro géneros discursivos claramente diferenciados entre sí, no solo por su estructura sino también por sus propósitos comunicativos y por la posición de sus autores en la comunidad. Se leen, se escriben y se presentan como comunicaciones orales el resumen o *abstract*, el artículo de revisión, el artículo de investigación y el caso clínico (CI), destacando este último por tener como elemento principal la HCO, en donde reportan eventos nuevos o inusuales relativos a una enfermedad, sintomatología o tratamiento,

que conlleva a la necesidad de profundizar en cómo se organiza retóricamente este género, puesto que posee alto valor pedagógico en la formación profesional^{10,25,26}.

Además, hay reportes de investigaciones que han empleado análisis de género para poder describir la estructura retórica del CI incluidos tanto en HCO como en trabajos de grado analizando documentos para identificar frecuencia y secuencialidad de elementos, secciones, movimientos, pasos y realizaciones lingüísticas^{27,28}.

La HCO es indispensable en el momento de brindar atención a un paciente, por lo tanto, para llevar a cabo una consulta adecuada es conveniente el llevar notas apropiadamente ordenadas como lo permite la misma. Pese a esto y a la obligatoriedad ética y legal de la HCO en el ámbito de la práctica clínica sea esta pública o privada, cualquier actualización de la misma trae beneficios a la comunidad odontológica. Sin embargo, no se han encontrado estudios que analicen este documento desde la perspectiva discursiva. Por ello, en esta investigación se plantea el análisis de su estructura retórica.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Describir la estructura retórica de la historia clínica odontológica (HCO) escrita aplicada en la práctica clínica odontológica privada en Mérida, Venezuela.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar las secciones que integran la HCO.
- Describir las secciones que integran dicho documento.
- Describir los movimientos que conforman cada una de las secciones.
- Describir los pasos mediante los cuales se pueden realizar los movimientos.
- Describir las realizaciones lingüísticas de cada paso.

www.bdigital.ula.ve

1.3 Justificación

Esta investigación se justifica en virtud de las siguientes razones:

En primer lugar, a pesar del amplio desarrollo que se ha dado en las investigaciones acerca del uso y funciones de la HCO, en la actualidad no hay estudios referentes a la misma en la clínica odontológica privada.

En segundo lugar, teniendo en cuenta el papel que cumple la HCO tanto en el área de la investigación odontológica como en la práctica odontológica clínica, existe la necesidad de estudiar su estructura con la finalidad de identificar los rasgos discursivos prototípicos y así esto sea de utilidad educativa desde el punto de vista académico. Adicionalmente, esta investigación puede contribuirle información a los odontólogos clínicos sobre la HCO para su uso eficiente, utilizando una estructura más apropiada.

En tercer lugar, es fundamental tener en cuenta que en cuanto a la atención de pacientes refiere, no es aceptable "*no tener tiempo para escribir*"⁷ por la responsabilidad que conlleva el deber ético y moral por ser personal de la salud. No hay excusa para no reflejar de una manera detallada y exacta la evaluación que se hace al paciente; en vista que la historia clínica es el documento más trascendental del que se nutren las funciones de asistencia, investigación, docencia, gestión económica, jurídica y calidad, parece obvio que cualquier acción que la mejore está justificada, por insignificante que esta sea^{7, 29}.

La problemática asociada al desconocimiento de la estructura y aplicación de la HCO por parte de la comunidad odontológica puede crear serios inconvenientes en el desarrollo de sus actividades, interconsultas e inclusive penas legales que afectarían el buen desempeño profesional. El desarrollo de esta investigación contribuirá favorablemente aportando las herramientas necesarias respecto a la aplicación de la HCO, con el propósito de mejorar la atención del paciente.

Finalmente, es importante un estudio de este tipo, ya que otorga a la disciplina odontológica información relevante acerca del formato apropiado y los rasgos discursivos que debe contemplar en cuanto a la estructura retórica de estos documentos, es un gran paso en una línea de investigación que luego apunte al refinamiento jurídico de estos documentos en beneficio de los pacientes y del clínico.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La siguiente sección está conformada por los aspectos, especificaciones, aplicaciones e historial de la HCO. Este capítulo está dividido en tres partes. La primera parte contiene los antecedentes, la segunda parte los fundamentos teóricos y, finalmente, una tercera parte que constituye las bases jurídicas.

Tras la *“profunda y vigorosa versión de la mente de los griegos hacia la realidad natural y la voluntad de precisión con que la contemplaban”* además de la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden, su experiencia de médicos ante la individual enfermedad de algunos de sus pacientes da cabida documentos médicos llegando a ser indicios de historia clínica. De este modo, las primeras historias bien caracterizadas registradas son las contenidas en el *Corpus Hippocraticum*.

La HC hipocrática es el breve relato de lo que el médico griego veía ante sus ojos. De forma individual, específica y muy caracterizada, en el cual se describe día a día lo observado, con base en la realidad y por la percepción del clínico sobre el trastorno. Dando inicio a su narración, desde el comienzo o manifiesto de la alteración morbosa en el paciente y llega a su fin bien sí el enfermo llega a sanar, porque ese día ha cesado el desorden, asimismo, sí muere, la mención de su muerte será también el término de la misma.

Las HC escritas por Hipócrates expresan la bitácora de un viaje médico, como las “memorias profesionales” con fines didácticos, para el adiestramiento de sus futuros lectores. Para esto quiso describir en forma de historias algunas de sus observaciones particulares.

Se puede ver un contraste entre la HC hipocrática y la HC actual a través de:

Escasez de los antecedentes patológicos consignados, presumiendo que se prestaba escasa importancia a la anamnesis, pues lo que da inicio a la HC constantemente comienza con la llegada del médico tratante al domicilio del paciente. Las alusiones de tratamientos empleados plasmados en la HC hipocrática son escasas. Además, se muestra que las observaciones diagnósticas y las prácticas terapéuticas descritas, son siempre obra de un solo médico, el que la ha redactado; mientras que, en la actualidad se consigue la colaboración de varios médicos analistas, autores de exploraciones o de tratamientos especiales.

“Las diferencias entre la historia clínica hipocrática y la actual no dependen tan sólo de que Hipócrates supiese menos medicina que nosotros, sino también de que la sabía de otro modo”³⁰.

2.1 Antecedentes

A continuación, se presentan una serie de investigaciones, organizadas temáticamente desde las investigaciones más relacionadas con el presente trabajo desde el punto de vista metodológico en cuanto a estudios de estructuras retóricas/discursivas de documentos y géneros discursivos médico-odontológicos, seguido por estudios involucrados indirectamente en los cuales se utilizó como insumo la HCO para su investigación, tomando en cuenta su calidad de registro y/o los datos presentes en algunos apartados. Finalmente, se presentarán investigaciones que dejaron como producto final una propuesta de HCO. Además, los antecedentes se presentarán en orden geográfico, siendo los más cercanos a Venezuela los primeros mencionados.

En el año 2017 en Mérida- Venezuela, Arias y Caldera²⁸ describieron la estructura retórica del CI usado en tesis y trabajos de grado de odontología hispanoamericana entre 2006 y 2015 a través de un enfoque mixto. Los autores mencionados anteriormente, emplearon el análisis de

género para estudiar un corpus constituido por 60 consentimientos informados incluidos en trabajos de grado y tesis presentadas en universidades hispanoamericanas, en español, disponibles en internet, identificando frecuencia y secuencialidad de elementos, secciones, movimientos, pasos y realizaciones lingüísticas. Adicional a esto, aplicaron una entrevista semi-estructurada para contrastar el análisis lingüístico con la opinión de informantes expertos y determinaron que el CI está constituido por cuatro secciones sucesivas: información institucional; nombre del documento (CI); el cuerpo del documento: incluye cinco movimientos retóricos: identificación de los involucrados, descripción de la investigación, manifestación de haber recibido información, de haber comprendido el procedimiento clínico, ratificación del consentimiento; y cierre.

Otro estudio en Mérida-Venezuela, en el mismo año, llevado a cabo por Lopez²⁷ describió la estructura discursiva del CI utilizado en la práctica odontológica pública, privada y mixta en la ciudad de Mérida, Venezuela. Se analizaron 50 CI y como complemento, se realizaron entrevistas semi-estructuradas. Adicionalmente, se realizó un análisis de género a través de una planilla de registro en la cual se identificó número de secciones, número de movimientos retóricos y número de marcadores discursivos que conforman los formularios. Desde el punto de vista cuantitativo, se empleó un análisis textual para determinar patrones de frecuencia de las estructuras de los textos. Se encontró que el CI empleado en la práctica clínica odontológica está constituido por cuatro secciones sucesivas: 1) información institucional, 2) nombre del documento (CI), 3) cuerpo del documento; en esta sección predominan 4 movimientos retóricos: identificación de los involucrados, manifestación de haber sido informado, manifestación de haber comprendido el procedimiento clínico y, ratificación del consentimiento. La 4ta y última parte consistió en el cierre del documento.

En el año 2008 en Mérida-Venezuela, Morales³¹ estudió la aproximación discursiva del artículo de investigación (AI) odontológico hispanoamericano analizando la estructura retórica y los movimientos discursivos de 40 AI publicados en español en revistas hispanoamericanas (1999-2005). Él encontró un promedio de 4 autores por AI. La mayoría de estos incluyó resumen, *abstract*, introducción y conclusión, pero los reconocimientos/agradecimientos fueron escasos. Pese a que no encontró un formato uniforme, predominó la estructura: introducción-metodología-resultados-discusión-conclusiones. Se registró una frecuencia alta, de 15 movimientos retóricos. Aunque hay coincidencias con otras comunidades discursivas, el AI odontológico presenta rasgos propios que tendrían que ser considerados en la enseñanza del discurso en esa comunidad. Esto podría favorecer el desarrollo de la competencia discursiva de estudiantes y odontólogos en proceso de formación para ser incorporados en la comunidad discursiva.

En el año 2007 en Mérida-Venezuela, Morales *et al*³² identificaron y analizaron algunos rasgos retóricos discursivos de casos clínicos (CC) hispanos odontológicos seleccionando al azar. Un corpus de 40 CC de cuatro revistas odontológicas hispanas (1999-2005) encontrando una tendencia al uso de la estructura *introducción, descripción del caso, discusión*, siendo la descripción del caso la sección distintiva. Asimismo, las secuencias narrativas y descriptivas en todas las secciones retóricas son las tradicionales. Las citas escasamente aparecen en la introducción y en la discusión. Se registró el uso de atenuantes en las distintas secciones retóricas del CC: predominó el uso de impersonales, empleados para ocultar el agente de acción, y aproximadores, para expresar impresión, variabilidad y honestidad. En cuanto al posicionamiento, predominaron el impersonal y plural mayestático. Ellos concluyeron que, pese a la variabilidad retórica discursiva, el corpus analizado podría definirse como un género discursivo,

descriptivo, narrativo e impersonal. El CC es un género importante para las distintas sub-especialidades odontológicas; por lo tanto, los resultados tienen aplicaciones didácticas para la enseñanza del discurso odontológico. Incorporar el CC al currículum de odontología permitiría al estudiante desarrollar las competencias para producir, comprender y publicar este género.

Por otra parte, Morales³³ en el mismo año estudió la aproximación discursiva a la escritura académica de odontología como estructura retórica y estrategias de atenuación en casos clínicos publicados en revistas hispanoamericanas (1999-2005). El estudio fue de tipo descriptivo y exploratorio por medio de un enfoque metodológico cualitativo-cuantitativo con doble propósito: por un lado, identificar y analizar algunos rasgos retóricos y discursivos del caso clínico y las secciones retóricas que lo constituyen; por el otro, describir y analizar las estrategias de atenuación utilizadas. Su corpus constó de 40 casos clínicos odontológicos hispanoamericanos disponibles en las bases de datos más consultadas y de mayor aceptación en el ámbito odontológico entre 1999 y 2005. Se hizo uso de análisis de género para el estudio de las secciones y movimientos retóricos identificando las estrategias de atenuación empleadas en las secciones retóricas por medio de un análisis textual. En ambos casos, se consideró contexto y testimonio de informantes especialistas. Para el análisis de los atenuantes, se usaron cinco categorías, adaptadas de estudios previos: construcciones impersonales, aproximadores, escudos, deícticos temporales y atenuantes compuestos. Predominó la siguiente estructura: introducción, presentación del caso, discusión/conclusión. En su investigación identificó 20 movimientos: 5 en la introducción, 8 en la presentación del caso y 7 en la discusión/conclusión. Prevalen las secuencias de tipo narrativo y descriptivo en todas las secciones. Además, hay muy pocas citas, esencialmente en la introducción y en la discusión. En

relación con el segundo objetivo, se encontraron abundantes y variadas estrategias de atenuación, usadas con frecuencias muy similares en las tres secciones retóricas. Predominaron las construcciones impersonales y los aproximadores. Se concluyó que, pese a la variabilidad retórica discursiva, el caso clínico constituye un género discursivo particular, de tipo descriptivo, narrativo y atenuado.

Burdiles²⁵, en Chile (2014), identificó mediante el análisis del género, un conjunto de unidades retóricas (movimientos y pasos) que permiten caracterizar la organización retórica del macromovimiento “Relato del Caso” en términos de los propósitos comunicativos. En segundo término, comparó su organización retórica a partir de un corpus conformado por 969 textos en archivo digital, correspondientes a la totalidad de artículos identificados como Casos Clínicos publicados en nueve revistas chilenas de Medicina de diversas especialidades, publicados en el periodo 1999-2008, todas ellas están indexadas en *SciELO*¹ y clasificadas por tema en Ciencias de la Salud. Según los resultados, esta macromovida tiene una organización retórica constituida por tres movidas y ocho pasos retóricos. Se observó, por un lado, que este patrón se manifiesta con bastante regularidad en las nueve disciplinas médicas, lo que comprobaría la existencia de un sistema común de convenciones retóricas manifestadas en la escritura del género. Por otro lado, se constató que dichas convenciones presentan algunas variaciones asociadas a la naturaleza de las distintas especialidades médicas.

En Lima-Perú para el año 2012, Guzmán *et al*¹¹ evaluaron la calidad de registro de HCO de pacientes nuevos atendidos en una Clínica Dental Docente durante el periodo de enero a julio de 2012 se evaluó la frecuencia de registro de los diferentes aspectos que componen la HCO. Ellos encontraron que el 78% de las HCO auditadas tenían registros incompletos en aspectos como riesgo, motivo de consulta, examen general, plan de

¹ Biblioteca virtual que abarca una colección seleccionada de revistas científicas.⁵⁷

trabajo para el diagnóstico, examen radiográfico, presentación de caso, diagnóstico, plan de tratamiento y programación; así mismo, concluyeron que la auditoria de registros en salud, no solo evalúa la calidad de dichos registros, sino que a través de ellos también valora la calidad de la atención misma, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la de la atención brindada.

En el Reino Unido en el año 2017, Brown *et al*³⁴ evaluaron la inexactitud en los registros de HCO por medio de una auditoria. 14 odontólogos formaron parte de un grupo de estudio, registrando la rutina individual de los participantes en su consulta durante un período de 2 meses, a quienes les fue solicitado que revisaran el odontograma base y registraran si tenían que hacer cambios en el mismo y, de ser así, cuáles eran esos cambios. Se utilizó una hoja de captura de datos para ayudar al proceso. Se les pidió que consideraran el cuadro clínico de cualquier paciente adulto que asistiera por primera vez a la consulta. De 1.128 HCO, el 44% de los odontogramas resultaron ser inexactos. Osciló entre el 16% para las mejores prácticas de rendimiento y el 83% para lo peor. El 5% de los odontogramas tenían demasiados dientes documentados, mientras que el 5% registró pocos dientes; el 5% de los gráficos tenían restauraciones de amalgama registradas, pero con las superficies incorrectas, el 9% de las gráficas tenían superficies de restauración incorrectamente registradas. Para el 7.5% de las gráficas, las amalgamas fueron registradas, pero no presentes. También se observaron otras inexactitudes. Los autores refuerzan los requisitos del Consejo General Dental (GDC por sus siglas en inglés) y la Importancia forense de odontogramas precisos.

En 2009 también en el Reino Unido, Cole y McMichael³⁵ realizaron una auditoría colaborativa de los estándares de mantenimiento de registros clínicos entre los odontólogos de Worcestershire, para mejorar la calidad de

la atención al paciente del Servicio Nacional de Salud (NHS por sus siglas en inglés) y ayudar a los dentistas a tener un buen desempeño durante las visitas de práctica del Servicio de Referencia Dental. Cada dentista audité una selección aleatoria de 30 de sus registros clínicos dentales contra un marco común que comprende ocho dominios. Fueron inspeccionados los registros y la presencia o ausencia de detalles clave de diagnóstico y planificación del tratamiento. La calificación se aplicó en cuatro categorías, en las cuales los grados 1 y 2 fueron buenos (1) y adecuados (2), se asentaron en hojas de registro y se analizaron específicamente para determinar la frecuencia de cada grado. De un total de 184 odontólogos, 161 (87.5%) presentaron respuestas utilizables. La auditoría reveló una amplia variación entre los dentistas en el mantenimiento de registros clínicos. El registro de tejidos blandos (36% debajo del grado 2), el estado periodontal (30%), la revisión radiográfica (27%) y la toma de notas (25%) cayeron por debajo del estándar establecido. La naturaleza colaborativa de la auditoría permitió la difusión de resultados individuales a los participantes, para facilitar la comparación (de forma anónima) con sus compañeros. La auditoría proporcionó ímpetu al *Primary Care Trust* para organizar la educación de posgrado sobre el mantenimiento de registros y para concientizar a los dentistas locales sobre el mantenimiento de registros.

En Mérida-Venezuela en el año 1995, Gabaldón y Bosetti³ realizaron un estudio analítico de la HCO, el cual utilizó 11 modelos de HCO obtenidos de instituciones de atención odontológica pública nacionales y universidades nacionales e internacionales, además de entrevistas con odontólogos especialistas para conocer las exigencias que amerita de cada especialidad. Obtuvieron dos propuestas, una para adultos y otra para niños (hasta los 12 años) y fichas individuales para las diferentes especialidades. Concluyeron que la HCO es fundamental para un diagnóstico acertado, adecuado plan de tratamiento y para establecer un buen archivo clínico. Además, agregan que

la HCO aporta datos estadísticos y epidemiológicos que sirven para fines docentes y de investigación y que es un documento legal de gran valor en la protección de responsabilidades del odontólogo.

En el año 2014 en Venezuela, Brito y Corral¹⁰ definieron y describieron la HC, sus características, contenidos, modo de empleo y cuándo debe usarse o no este instrumento. En conjunto describieron el CI como elemento legal imprescindible que debe ir anexado a la HCO cuando la investigación contemple la interacción participante-investigador para garantizar una intervención ajustada al cumplimiento de las normas bioéticas.

Además, en la literatura se puede encontrar diversos estudios que han utilizado la HCO como muestra tomando en cuenta ciertos apartados para la recolección de datos y sustentos necesarios para sus investigaciones, entre ellos algunos como:

Para el año 2015 en Mérida-Venezuela, Dugarte y Tejada²² describieron el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes atendidos en la Cátedra de Anestesiología y Cirugía Estomatológica “Dr. Juan O. Briceño” en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (FOULA) en un periodo de 2 años. Estas autoras usaron como fuente de datos 1314 HCO de pacientes atendidos en ese periodo. Utilizaron las variables de datos demográficos, género, procedencia, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, exámenes complementarios, diagnóstico, plan de tratamiento y datos farmacológicos.

Mafla³⁶ en Quito-Ecuador, en el año 2017, describe la palatoscopia dentro de la HCO como forma de identificación de la odontología. Se realizó observación directa de las rugas palatinas, forma del paladar y arco dentario plasmadas en el palatograma y datos demográficos de la HCO.

En Cuba en el año 2018, Fabregat *et al*³⁷ caracterizaron las recesiones periodontales en pacientes del municipio de Rodas, provincia

Cienfuegos-Cuba. Fueron analizados 22 HCO de pacientes con diagnóstico de recesión periodontal, tomaron en cuenta los apartados de edad, sexo, nivel educacional, y datos específicos de la HC de periodoncia (factores de riesgo de recesión periodontal, grupo dentario afectado y grado de recesión).

Silva³⁸, en Chile en el año 2015, llevó a cabo una investigación para establecer el motivo de consulta más frecuente de los pacientes mayores de edad que asistieron al Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas en un periodo de 3 meses. Su muestra estuvo constituida por 814 HCO tomando en cuenta para el estudio la sección de motivo de consulta.

En Nigeria, en el año 2010, Adeyemi *et al*³⁹ estudiaron el papel que desempeña el dentista en situaciones que pueden surgir en desastres masivos de circunstancias naturales o provocadas por el hombre y la significativa desde el punto de vista dental forense en la identificación humana por medio del uso de la HCO. Estos autores estudiaron las diversas modalidades dentales forenses de identificación que incluye técnicas de emparejamiento, perfiles *postmortem*, huellas genéticas, evaluación de fósiles dentales y se consideraron biometría dental con sustracción digital a través del uso de las técnicas dentales forenses considerando el impacto positivo resultante en la identificación humana.

Dos años más tarde, Ajayi *et al*⁴⁰ hicieron un estudio retrospectivo para señalar el patrón de traumatismo en los dientes anteriores y posteriores entre los pacientes adolescentes y adultos tardíos. Los datos se extrajeron de 146 HC tomando en cuenta los siguientes apartados: motivo de consulta, datos filiales, odontograma y diagnóstico.

Por otro lado, se encontraron estudios que formularon propuestas de la HCO, los cuales se presentan a continuación:

En Cuba, en el año 2018, Martínez *et al*⁴¹ se propuso un modelo de HCO ambulatoria para urgencias, ya que el Sistema Nacional de Salud

cubano carecía de un documento que permitiera evidenciar los procedimientos aplicados a cada paciente y recoja los resultados de la atención durante urgencias. Estos autores realizaron una revisión de la literatura para consultar criterios académicos de la estomatología cubana, y modelos de historia clínica existentes, para confeccionar una historia clínica ambulatoria en forma de cuestionario para brindar información sobre la atención a los pacientes que acuden al servicio odontológico. El estudio se llevó a cabo en el policlínico "Docente de Playa", con 18 estomatólogos del municipio Playa- La Habana- Cuba. Obtuvieron el modelo de historia clínica ambulatoria de urgencia y fue utilizada en la atención a 76 pacientes, con plena satisfacción por los profesionales que los atendieron. Los operadores plantearon que es de fácil llenado y recoge todos los elementos para brindarle continuidad de atención al paciente y sugieren que con el empleo de la HCO ambulatoria se garantiza la continuidad en la atención a los pacientes atendidos anteriormente por urgencia, pues el estomatólogo se informa de los procedimientos aplicados y se ahorran materiales, tiempos operatorios, lográndose mayor calidad en la atención estomatológica del paciente.

En el año 2007, también en Cuba, Coro *et al*¹ diseñaron un modelo de HC de Endodoncia con el objetivo de fortalecer la aplicación del método clínico por parte de los estudiantes de Tercer Año de Operatoria Dental I en la Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Filial Estomatológica "Antonio Briones Montoto". Pinar del Río. Se elaboró un instructivo para facilitar el manejo y llenado del modelo basado evidencia científica sobre los principales modelos de HC de Endodoncia de uso universal. Se adaptaron los acápites a la práctica cubana de Estomatología. Para el modelo consignaron aspectos generales a tener en cuenta a la hora de realizar un tratamiento endodóntico como: alteraciones orales o generales que dificulten el tratamiento, pruebas auxiliares de diagnóstico,

características clínicas y examen radiográfico, además, el registro de tratamiento (tto) por realizar, realizado y la necesidad del tto endodóntico, (biopulpectomía parcial realizada), plan de tto, fecha de inicio, (fecha de finalización y dos fechas de control). Concluyeron que la práctica endodóntica carece de una HC que particularice en el universo cada vez más complejo de la endodoncia, así como los tratamientos recibidos y la necesidad de contar con un documento de registro que recoja los procedimientos que se llevan a cabo con los pacientes durante los tratamientos endodónticos.

En México, en el año 2009, Vivanco⁴² presentó un ensayo sobre la realidad de la Norma Oficial Mexicana No. 013-SSA- 1994, para la prevención y control de enfermedades bucales. Este autor estudió varios formatos de HCO y finalmente presentó la propuesta con las normas necesarias para elaborar el formato necesario, señalando la necesidad de odontogramas, los cuales son fáciles de emplear por ser una alternativa para documentar tratamientos dentales y por último señaló la existencia de propuestas para desarrollar la HCO según la especialidad o por grupos de edad.

En Argentina, en el año 2012, Ceppy *et al*⁴³ hicieron un reporte del XXXIII Congreso Internacional de AMFRA llevado a cabo el 16 de Mayo de 2012 en Carlos Paz, Argentina, acerca de la ficha odontológica e identificación. Se discutió sobre el requerimiento imperioso del uso de la ficha odontológica partiendo de los saberes de su peso en el uso de las ciencias forenses y criminalísticas. Llegando al consenso de la necesidad de unificar el diseño de la ficha odontológica por difícil que sea a nivel internacional para, acentuar el valor de una confección completa y minuciosa de la ficha odontológica incluyendo la mayor cantidad de datos posibles y sobre todo, en la capacitación del especialista para mantenerse informado, además, el acercamiento y comunión entre los diferentes países y sus propios expertos

compartiendo y debatiendo todos estos puntos, posibilitaría, cuando menos, el reconocimiento de los puntos vulnerables. La Mesa de Discusión permitió un abordaje de la problemática desde una concepción interdisciplinaria, intergeneracional e internacional, hecho sin lugar a dudas enriquecedor por las múltiples perspectivas expuestas y búsqueda de consensos, circunstancias algo inusuales para esta disciplina, por lo menos en lo que se refiere a América Latina.

2.2 Bases conceptuales

En esta sección se presentan algunas consideraciones teóricas que dan base a este estudio, con el propósito de favorecer la comprensión del mismo. En primer lugar, se desarrolla de manera general el enfoque de análisis de género discursivo y retórico. Seguidamente, se describe la historia clínica, su estructura y usos. Por último, se presenta la definición de ficha clínica y, a su vez, cómo está constituida.

2.2.1 Análisis de género

Es el estudio del uso lingüístico de una comunidad determinada, puede verse tanto en la tipificación acciones retóricas y sociales recurrentes, como en el estudio de regularidades de procesos sociales organizados para establecer la consistencia de los propósitos comunicativos⁴⁴.

2.2.1.1 Estructura retórica

Se conoce como base para la descripción de los géneros académicos y el consecuente desarrollo de una didáctica de la escritura basada en el género discursivo. Esta permite al escritor organizar la información a partir de

una serie de movimientos estratégicos orientados al cumplimiento de propósitos comunicativos y sociales reconocidos por su interlocutor⁴⁵.

La estructura retórica se estudia en tres niveles: movimientos retóricos, pasos y realizaciones lingüísticas⁴⁶.

2.2.1.1.1 Movimiento: es cada uno de los fragmentos textuales de los cuales se componen o están subdivididas las secciones retóricas del género discursivo, caracterizados por compartir un mismo contenido semántico y una misma función comunicativa específica u orientación comunicativa funcional. Cada movimiento es un segmento del texto configurado, estructurado y determinado por alguna función comunicativa específica. Cada uno de ellos no solo tiene su propia finalidad, sino que también contribuye a la comunicación del propósito retórico del género^{25, 44,}

⁴⁶.

2.2.1.1.2 Pasos: también conocidos como los elementos discursivos, son expresiones que permiten descomponer aquello en que se pueden realizar concretamente los movimientos para lograr sus propósitos y, así permitir distinguir un género de otro; en tanto son expresiones mediante las cuales se puede transmitir el contenido semántico del movimiento y cumplir su función retórica. Evidentemente, este propósito es identificado fácilmente si se forma parte de la comunidad discursiva que lo genera y si se hace circular entre sus miembros^{46,45}.

2.2.1.1.3 Realización lingüística: también conocida como ejecución comunicativa, se conoce como el enunciado concreto, tomado literalmente del documento, mediante el cual se pueden expresar los pasos. Desde una perspectiva sinóptica, empezando con el texto como producto, el género, puede considerarse como un discurso decretado, reconocido y reconocible

en la receptividad de los interlocutores, la cual, a su vez, se sitúa en una situación comunicativa determinada ^{46, 47}.

2.2.2 Género discursivo

Es una acción comunicativa convencional que se construye socialmente como resultado de una respuesta efectiva a situaciones retóricas recurrentes. Los géneros discursivos son tipos de enunciados concretos, singulares y estables que reflejan condiciones específicas expresadas en el contenido, el estilo verbal, la sección de recursos léxicos fraseológicos y gramaticales de la lengua, a su vez, en su composición y/o estructura, es decir, que el aspecto discursivo es una *“dimensión crucial en el establecimiento de los vínculos y de las relaciones sociales”*^{44, 48}.

El análisis del mismo se propone encontrar patrones que contribuyan a diferenciar un texto de una colección aleatoria de oraciones; a saber, en términos amplios, a los intentos de estudiar sistemáticamente el uso del lenguaje, la organización del mismo, más allá de los niveles de oración, salvo que las unidades lingüísticas extensas pueden abarcar desde intercambios conversacionales hasta textos escritos^{44, 48}.

2.2.3 Historia clínica odontológica

La historia clínica odontológica (HCO) está definida como un documento de tipo universal, médico-legal, confidencial, elaborado mediante la recolección y descripción secuencial y cronológica tanto de datos y conocimientos pasados personales y familiares como actuales obtenidos del paciente por medio del interrogatorio y/o anamnesis, exploración clínica estomatológica y exámenes complementarios. Dichos datos son interpretados por el odontólogo, cuyo análisis conduce al diagnóstico

definitivo de la enfermedad con la evaluación del pronóstico para establecer un plan de tratamiento adecuado seguido de un control periódico del tratamiento realizado al paciente y su evolución subsecuente para evaluar y mantener el resultado terapéutico, asimismo, la secuencia clínica de futuras consultas. Si la HCO no contiene datos semiológicos fidedignos seguro habrá error de diagnóstico^{1, 2,3,4,5}.

La HCO además de ser fundamental para el diagnóstico, su importancia se extiende al terreno jurídico por su valor convirtiéndose así en la mejor fuente de información para evaluar la calidad de la atención brindada al paciente, lo cual se traduce en aquello que se transcribe en la HCO, siendo un derecho que se deje constancia en la misma de todo lo que se le realiza de forma única, integrada y acumulativa para cada paciente^{1,2,6}.

La HCO debe contemplar los siguientes aspectos^{2,4,7,10,15,49}.

- I. **Obligatoria:** ningún acto clínico debe efectuarse sin su correspondiente registro en la HCO.
- II. **Irreemplazable:** ningún otro documento por más similar que llegue a ser puede suplantarla.
- III. **Integra:** debe recoger cada dato relevante referente a la atención del paciente.
- IV. **Única/Individual:** cada paciente debe tener una HCO exclusiva.
- V. **Objetiva y veraz:** la HCO debe caracterizarse por plasmar la verdad de lo sucedido basada en hechos en hechos ciertos describiendo las situaciones como ocurrieron.
- VI. **Descriptiva:** describir el estado dental del paciente con la mayor precisión posible.
- VII. **Ordenada y cronológica:** describe de modo evolutivo en el tiempo desde el momento en que el paciente realiza su primera consulta y continúa su evaluación a lo largo del tratamiento.

Debe contener todos los procedimientos clínicos realizados debidamente fechados, con identificación de las personas y el lugar en donde se realizan.

- VIII. Privada y confidencial:** debe garantizar la seguridad de los datos contenidos en ella y su a vez vigilar el control de acceso, identificación y autenticidad de quien tiene acceso a la HCO, ya que la información que contiene es restringida y se ampara bajo el secreto profesional, así mismo, estar disponible para consulta del paciente.
- IX. Legible:** debe ir sin enmendaduras ni tachaduras además de estar escrita con una caligrafía legible para evitar malinterpretación de los datos encontrados en la HCO para así ser interpretada correctamente por terceros.
- X. No se debe eliminar ninguna hoja escrita:** si resulta ser ilegible alguna hoja presente en la HCO no debe desecharse, bien, es preciso agregar una copia con el contenido de dicha hoja con letra clara señalando que es una copia.
- XI. Identificación del profesional:** debe constar la identificación del mismo, con nombres y apellidos de forma legible, y datos del ministerio.
- XII. Soporte de la HC:** cada centro asistencial debe archivar las HCO de manera que quede garantizado su resguardo.

2.2.3.1 Estructura de la HCO 2,3,5-8,10,15,28, 49

Los apartados se presentarán en el orden en el que se encuentran en la HCO

- I. Fecha de apertura de HCO:** fecha en la cual queda registrada la llegada del paciente a la consulta odontológica dando inicio a la HC del paciente.

- II. Datos filiales:** incluyen nombre y apellido del paciente, el género o sexo específico biológico, edad, fecha de nacimiento, profesión u oficio, procedencia, dirección actual específica y de ser necesario y relevante cualquier otro dato de identificación.
- III. Interrogatorio o anamnesis** consiste en la recolección de datos por medio del diálogo con el paciente usando un lenguaje sencillo, los cuales luego son plasmados en la HCO.
- a. Motivo de consulta: inicia con la descripción de los signos y síntomas percibidos por el paciente y la duración de los mismos; de ser necesario bien sea por el uso de “expresiones coloquiales” del paciente se toma nota textual “entre comillas” las propias palabras del mismo. No debe ponerse en el motivo de ingreso el diagnóstico o interpretación de los síntomas.
- b. Enfermedad actual: consta de la descripción del motivo de consulta y los síntomas relacionados por medio de la recopilación de las quejas que trae el paciente, lo cual puede realizarse con más facilidad al llevar al paciente a un recuento cronológico de sus síntomas. En este apartado se desarrollan todas las características semiológicas del síntoma referido las cuales pueden ser descritas con el uso de la nemotécnica A.L.I.C.C.I.A.A.D.D.R²
- c. Antecedentes familiares: recaba la información referente a enfermedades transmisibles o hereditarias que puedan interferir en el diagnóstico y plan de tratamiento. Estos incluyen estado actual de salud de padres y hermanos, enfermedades o síntomas similares en parientes y enfermedades comunes hereditarias como diabetes,

² A.L.I.C.C.I.A.A.D.D.R es una regla nemotécnica que se utiliza para identificar los síntomas referentes a la semiología del dolor por sus siglas Aparición, Localización, Irradiación, Características o Carácter, Concomitantes, Intensidad, Alivio, Agravantes, Desencadenantes, Duración, Recidiva⁵.

hipertensión, cáncer, alergia, epilepsia, enfermedades mentales, entre otros.

- d. Antecedentes personales: esta sección contiene la información incluyendo la más remota sobre enfermedades padecidas, tratamiento farmacológico (si aplica), intervenciones quirúrgicas, traumatismo, cambios fisiológicos, obstétricos (en mujeres); además, incluye antecedentes socioeconómicos y epidemiológicos.
- e. Hábitos parafuncionales: para conocer bien el paciente a través de la HC se colectan un sinnúmero de datos íntimos del paciente, llegando a datos como sus costumbres, alimentación, actividades físicas, ingesta de alcohol, tabaquismo, consumo de sustancias ilícitas, formas de ocio, vida sexual, actividades de riesgo, incluso creencias o antecedentes penales, ya que todos estos datos pueden influenciar en su estado de salud.
- f. Historia odontológica: es la narración de cada aspecto relevante encontrado en los apartados previos a este relacionados a enfermedad actual, tratamientos previos odontológicos que permitan conocer como han sido las experiencias anteriores del paciente con el profesional de la odontología y como es el estado actual de su salud bucal acudiendo a los problemas odontológicos pasados. El indagar en el pasado provee información sobre frecuencia en que el paciente acude a revisiones y como ha sido su actitud al recibir la atención y así tener indicios de la conducta del paciente.

IV. Signos Vitales: en odontología son considerados el pulso, temperatura corporal y presión arterial, estos marcadores son fundamentales para la evaluación y el pronóstico en especial en enfermedades agudas.

V. Examen clínico: es el procedimiento mediante el cual se observan las condiciones normales y anormales en el paciente permitiendo

identificar acertadamente síntomas importantes. Esta exploración se lleva a cabo a través de la inspección, palpación, percusión, auscultación en donde se evaluará piel, cabeza, cara y cuello.

- VI. Examen odontológico:** *“ningún examen dental es completo si no se considera el aparato masticatorio como un todo estructural y funcional que influye en el bienestar del paciente”³*. Dicho esto, es pertinente observar y hacer una valoración general cuello seguido de la evaluación de labios, la mucosa bucal y estructuras vecinas, paladar duro y blando, orofaringe, piso de boca y lengua. Además, se evalúa la consistencia y cantidad de la saliva. Se debe describir color, forma, densidad, nivel de inserción de encía y profundidad del surco gingival. Para dar cierre al examen odontológico se lleva a cabo el examen dental, que comprende la observación de las piezas dentales tomando en cuenta color y presencia de manchas, tamaño, forma, estructura y número de piezas. Además de evaluar la presencia de anomalías o variaciones anatómicas, presencia de fracturas y fisuras, lesiones cariosas, restauraciones presentes y material usado en ellas, oclusión y estado de la articulación temporomandibular (ATM).
- VII. Odontograma:** también es conocido como diagrama dentario o ficha odontoestomatológica; es el diagrama más utilizado para el registro del estado de lo observado en el examen dental. Dicho registro se realiza utilizando signos o códigos de colores que representan en la gráfica el estado en el que se encuentran las piezas dentales haciendo una representación precisa de lesiones, tratamientos realizados y características específicas observadas en los dientes.
- VIII. Exámenes complementarios:** estos constituyen una ampliación de la exploración clínica, estas pruebas se obtienen ya sea por

medio de la tecnología o de métodos analógicos, e incluyen el laboratorio clínico como biopsias, cultivos, análisis de sangre entre otros. Además, están las imágenes diagnósticas por medio de tomografías y radiografías intraorales y extraorales. Asimismo, se pueden solicitar exámenes inmunológicos, entre otros. Estos sirven para confirmar una sospecha clínica o ayudar a la planificación del plan de tratamiento. En ningún momento son búsquedas al azar, estas pruebas requieren ser analizadas, justificadas y evaluadas cuidadosamente.

IX. Diagnóstico clínico: también conocido como diagnóstico presuntivo constituye el reconocimiento de la enfermedad a través del análisis de los todos los datos compilados en los apartados anteriores sin excepción y de la observación propiamente dicha del clínico durante la consulta, los cuales sirven de base para efectuar pronósticos ya sean generales o individuales por pieza dentaria. El diagnóstico es un conjunto de proposiciones que pueden ser puestas a prueba para verificarlas y determinar su validez. Deben ser conceptualmente claras, objetivas y específicas, y poder ponerse a prueba con las técnicas disponibles para corroborar su validez.

X. Diagnóstico definitivo: también es nombrado como la fase cognoscitiva de la HCO, la cual nos lleva a la síntesis conocida como diagnóstico. Es el identificar la enfermedad basándose en el examen clínico, exámenes complementarios interconsultas entre otros. En la cavidad bucal un diagnóstico determina el estado de la salud periodontal, relaciones oclusales, función de la ATM, condición de áreas edentulas, anomalías edentulas, estado de dentición remanente y de tratamientos anteriores.

- XI. Pronóstico:** luego de obtenido el diagnóstico definitivo por el odontólogo tratante, se hace una predicción a juicio del mismo, basado en los signos, síntomas y demás datos de la enfermedad, sobre el probable curso, duración, terminación y secuelas de la misma
- XII. Plan de tratamiento:** una vez evaluados los datos subjetivos y objetivos se debe establecer una planificación de procedimientos a seguir organizados de forma cronológica y por orden de prioridades del paciente para llegar a una conclusión de procedimientos simples o complejos. Este no solo incluye los procedimientos a ser realizados sino también detalladamente su secuencia de trabajo, una estimación del tiempo requerido y costo aproximado. Este plan debe ser establecido en fases, iniciando con tratamiento pre-operatorio, seguido por tratamientos correctivos y por último el mantenimiento de los mismos. Este debe tomar en cuenta los intereses del paciente y la eficacia del tratamiento para ello se hacen varias propuestas para que el paciente manifieste su aceptación y compromiso con el mismo. En algunas ocasiones puede requerir un plan de tratamiento provisional buscando observar la respuesta del paciente.
- XIII. Consentimiento informado:** su peso legal reside en su definición como la *“declaración de voluntad sobre un objeto, la cual debe tener por objeto una o más cosas en que se trata de dar, hacer o no hacer”*¹⁰. El mismo requiere de la firma, número de identificación del paciente o del representante legal en casos de menores de edad o personas que lo ameriten y fecha en que se firmó el documento; asimismo, el paciente debe tener acceso a él o tener una copia del mismo.

El CI más que ser una declaración de la voluntad efectuada por el paciente frente a la realización de determinados procedimientos es un proceso progresivo, gradual y de confianza en el cual se provee la información adecuada y en un lenguaje comprensible al paciente, en donde el odontólogo en manera recíproca además de proponerle y aconsejarle la solución más oportuna a su problema, le da la potestad al paciente de decidir sin ninguna coacción o fraude explicando la necesidad del tratamiento y sus alternativas, sus beneficios, costos, riesgos y complicaciones; asimismo, se recomienda disponer también del consentimiento del paciente para la realización de cualquier fotografía o uso del caso clínico con fines didácticos siempre, sin revelar la identidad del paciente.

XIV. Registro de tratamientos realizados: permite visualizar y mantener cronológicamente los tratamientos que han sido efectuados al paciente, bien para llevar seguimiento de la evolución del proceso, bien para que el profesional de salud de turno los tome en cuenta. Estas notas deben ser tomadas cuidadosa y detalladamente; además, amerita incluir tanto procedimientos terapéuticos simples como complejos desde el día en que se dio inicio a la HCO del paciente hasta bien se dé su alta o hasta llegar a los registros de las fases de mantenimiento.

XV. Fase de mantenimiento o reevaluación: este apartado está destinado al registro de las citas programadas para evaluar, controlar y mantener los tratamientos realizados. Los datos subjetivos y objetivos deben utilizarse para valorar el estado del paciente evaluando la evolución de la terapia y estado de salud e higiene bucal del paciente.

2.2.4 Ficha dental

En odontología cuando se habla de ficha dental suele relacionarse con las ciencias forenses y la identificación, ya que dichas fichas son llevadas por el profesional para su propio uso y control clínico, estas desprenden poca información que puede ser registrada, estando muy lejos de ser verdaderas historias clínicas¹.

La ficha dental (FD) se conoce por ser un resumen de la HCO, a diferencia de las HC poseen un formato o diseño predeterminado al cual el profesional debe adaptarse, pero más que eso, es un instrumento de registro donde los odontólogos describen el estado de salud bucal de un paciente, respalda toda información que surja tanto de los signos y síntomas del paciente como estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los cuales han sido sometidos los pacientes por medio de un sistema de anotación, un esquema dentario y pautas destinadas para consignar datos de interés profesional además de manejar datos que poseen validez epidemiológica en una población en particular y su vez datos forenses y de identificación; gracias a que La Federación Odontológica Latinoamericana establece que se haga constar la ficha dental entre los documentos de identidad, ya que por su estructura permite facilidad y rapidez a la hora de brindar la atención al paciente, por la economía del tiempo en la transcripción de la ficha y fácil de retener desde el punto de vista legal en la identificación dentaria para la *identificación humana*³. Pese a esto, el inadecuado diseño de las FD no permiten al profesional registrar toda la información que requiere la historia clínica^{3,21-24}.

³ Se entiende por *identificación humana* al proceso por el cual se determinan las características individualizadoras de un sujeto de manera que este sea único y diferente dentro del conjunto de la población. No hay dos personas idénticas. Incluso entre gemelos univitelinos se expresan rasgos que los diferencian entre sí. esta plantea una serie de problemas de diversa índole por sus *repercusiones legales*²³

Se hace necesario que en la FD haya un registro fidedigno de la ubicación y estado de salud, extracto de los hallazgos en boca, como estado dental, tejidos blandos y duros por varias razones las cuales se presentan a continuación^{3,23,43}:

- a. Cuidado de calidad: una recolección minuciosa de datos para luego ser plasmados en la FD suministra información básica para un plan de tratamiento integral y preciso.
- b. Mal servicio: se admite la FD para uso legal en caso de supuesta negligencia o mala praxis.
- c. Uso forense: en muchas instancias la FD es un medio indispensable para la identificación de un cadáver, el cual se puede llevar a cabo solo si existe un adecuado registro dental *ante-mortem*.

Dicho registro conocido como FD puede ser guardado y clasificado entre otros, para luego, con un sistema de referencias odontológicas como se verá oportunamente, ser completada, haciéndole cumplir de esta forma con los principios científicos, jurídicos, económicos y sociales que precisa efectuar. Existen en la actualidad distintos tipos de FD partiendo de la ficha para el práctico general, se puede adecuar a las diferentes necesidades de cada especialidad odontológica y sistemas de atención en los diferentes países. Al igual que la HCO, la FD debe cumplir con el carácter de privacidad y confidencialidad, pese a esto dicho documento no tiene el mismo peso legal que la HCO propiamente dicha, del mismo modo es importante destacar que el documento FD es un instrumento privado y es propiedad del odontólogo tratante o de la institución de salud de que se trate.^{3,43,50}

2.2.4.1 Apartados

La FD debe contar con un odontograma y un sistema de notación; en gran parte de Latinoamérica, se considera al sistema de la Federación Dental

Internacional (FDI) por haber sido concertado internacionalmente por la Federación Dental Internacional, el cual se define como *“el conjunto de números convencionales a utilizar universalmente para ubicar los dientes en sus respectivos arcos dentarios de los maxilares derecho e izquierdo, y de la mandíbula”*⁴³. Asimismo, las notaciones en la FD, se utilizan algunos símbolos adecuados respecto a su diseño para el registro de datos obtenidos en el examen bucal^{1,3,23,51}.

Además de contener de manera resumida los datos más pertinentes a conocer del paciente como datos filiales, antecedentes personales, datos específicos a alguna pieza dental catalogados por la especialidad a la cual debe ser referido el paciente. En algunos casos se puede conseguir en la ficha dental apartados dirigidos a la identificación humana, así como queiloscopía y rugoscopía palatina. Por último un espacio destinado a plan de tratamiento y una tabla de registro de las citas llevadas a cabo con fecha, tratamiento realizado especificando la zona dental tratada^{1,3,21-24,43,51}.

La FD no debe asumirse como sustituta de la HCO, ya que existen marcadas diferencias entre ambas, empezando con la estructura extremadamente resumida que caracteriza la FD seguido de las diferencias respecto a las funciones que cumplen^{1,42}.

En cuanto a la información del estado actual de la salud, en la FD no existe un espacio adecuado para describir el estado general del paciente, además de la carencia de un espacio donde se pueda describir la anamnesis realizada, la exploración clínica, sus apreciaciones y los datos obtenidos a partir de exámenes complementarios. Asimismo, en el apartado que registra los tratamientos realizados solo permite consignar el nombre del tratamiento realizado o a realizar, no permite el apunte de la información respecto a materiales y técnicas utilizadas durante el tratamiento, del mismo modo, no existe el espacio adecuado para la patología ni para la detallada transcripción

de la evolución del paciente, de modo que no se obtiene la información necesaria para evaluar la calidad de la práctica^{1,42}.

2.2.3 Bases jurídicas

En Venezuela el Código de Deontología Odontológica en los artículos 34 y 47 menciona la obligatoriedad del llenado de historia clínica y, a su vez, la necesidad de compartir hallazgos, resultados y diagnóstico presuntivo con los médicos a los cuales el paciente es referido. En cuanto al secreto profesional, se hace referencia a este en los artículos 51, 52, 53, 54, 55 y 56 enfatizando el deber *“ser inviolable, salvo en las circunstancias señaladas por la Ley”*.⁵²

Más adelante en el Título III Capítulo Segundo *“De Las Historias Clínicas”* comprende doce artículos contando desde el artículo 57 hasta el 68.

Artículo 57°: Para los efectos de este código la historia clínica comprende: a. Los elementos (subjetivos y objetivos) suministrados por el paciente. b. Las aportaciones del profesional tratante (identificación de los hallazgos, interpretaciones y correlaciones). c. Las contribuciones (anotaciones correspondientes) si es que existieren, de los profesionales que colaboran en el diagnóstico y tratamiento del paciente. d. La documentación relativa, a las explotaciones complementarias realizadas: exámenes de laboratorio, radiografías, estudios histopatológicos, informes, etc.

Artículo 58°: En su ejercicio privado, el Odontólogo tiene derecho de propiedad intelectual sobre la historia clínica y sobre todo documento elaborado sobre la base de sus conocimientos profesionales. En el ejercicio institucional público (Instituciones Asistenciales del Estado), el Odontólogo conservará esa propiedad, pero la historia clínica como documento, es propiedad del establecimiento de salud correspondiente, y en consecuencia, su archivo, protección, manejo y otros actos de disposición son de la competencia de las autoridades hospitalarias.

Artículo 59°: En el ejercicio profesional privado, las historias clínicas deben ser elaboradas bajo la responsabilidad de un Odontólogo, quien aplica sus conocimientos y los complementa con todos los recursos disponibles, a fin de que

constituyan documentos que además de orientar la conducción de un caso clínico, puedan servir para estudiar la patología respectiva en cualquier momento.

Artículo 60º: Las radiografías, exámenes complementarios y todo otro documento que sea aportado por el paciente, bien en consultorio privado o en establecimientos públicos le deberán ser devueltos cuando este lo solicite. Es falta retener alguno contra la voluntad del paciente.

Artículo 61º: Debe calificarse de práctica altamente reprochable la anotación en las historias clínicas de comentarios peyorativos y en ocasiones de carácter ofensivo bien para el paciente o relativo a las opiniones y recomendaciones hechas por otros colegas que también intervienen en el manejo de los problemas del paciente; justificándose la aplicación a sus autores, de sanciones proporcionales al grado de la falta cometida. Es también condenable la inclusión de datos falsos, enmendaduras o sustracción de la historia por no estar de acuerdo con lo allí descrito, o para ocultar errores cometidos.

Parágrafo Único: La violación de las disposiciones de este Artículo dará lugar a que las autoridades de la Institución a la cual pertenezca la Historia Clínica, abra la averiguación necesaria a fin de aplicar las sanciones correspondientes.

Artículo 62º: El Odontólogo que desea hacer un trabajo de investigación, comunicación o cualquier tipo de publicación relativo a pacientes, procedimientos o regímenes odontológicos o administrativos en una dependencia universitaria, sanitaria o asistencial, deberá presentar su plan de trabajo al Odontólogo-jefe responsable de aquella dependencia y solicitar autorización. Es deber del Odontólogo-jefe otorgar la autorización, siempre que considere que el propósito no perjudicará física o mentalmente a los pacientes o alterará la disciplina de dichas dependencias. Tanto el Odontólogo investigador, como el Odontólogo-jefe podría acudir al Instituto de Investigaciones de cualquier Universidad Nacional como apoyo a la argumentación, o como árbitro si hubiere discrepancia.

Artículo 63º: El Odontólogo que ejerce en un Centro Asistencial puede utilizar el archivo de Historias Clínicas de la Institución con fines de estudio o de investigación. En el informe, presentación o publicación de su trabajo debe mencionar el servicio a que corresponde. Cuando la documentación pertenece a otro Centro Asistencial,

debe solicitar previamente la autorización escrita de la Dirección y del Jefe del Departamento o Servicio.

Artículo 64°: A petición de otro colega y siempre con la formalidad del paciente, el Odontólogo está obligado a suministrar la información requerida con fines diagnósticos o terapéuticos. En ningún caso debe permitir el Odontólogo el examen directo de la Historia Clínica por el paciente o sus allegados. Solo puede hacerlo el Odontólogo especialmente autorizado por estos.

Artículo 65°: Si el paciente expresa su deseo de obtener los servicios de otro profesional con carácter permanente, cambia su residencia a otro lugar del país o abandona este en forma definitiva, podrá el Odontólogo tratante invocar la propiedad intelectual y su interés en conservar todos los elementos mediante los cuales certifica su experiencia y que, necesariamente, deberá utilizar con fines estadísticos de publicación u otros. En cualquiera de estas situaciones el Odontólogo está obligado a permitir el suministro al Odontólogo autorizado por el paciente, de copias donde conste la información requerida.

Parágrafo Uno (01): Si el paciente ha fallecido, la solicitud puede proceder de los familiares, debiendo el Odontólogo actuar en igual forma con el Odontólogo por estos autorizado.

Parágrafo Dos (02): En los casos de los hospitales la conducta es similar, debiendo las autoridades del mismo permitir al Odontólogo previamente autorizado por el paciente o sus familiares, el examen directo de toda la documentación existente.

Artículo 66°: Cuando en un Instituto Público se presenta un Tribunal competente con el fin de practicar una inspección ocular o una averiguación en los archivos de las Historias Clínicas en relación con un paciente determinado o con la existencia de prácticas irregulares, las autoridades institucionales están obligadas a cooperar aportando toda información por el juez designado al efecto.

Artículo 67°: Cuando el Odontólogo ha fallecido, los familiares del mismo bajo ningún respecto, están obligados a entregar directamente a los pacientes las Historias Clínicas correspondientes, pudiendo transferir éstas a entidades responsables obligadas por el secreto profesional.

Artículo 68°: El Odontólogo en su ejercicio privado y en igual forma las autoridades hospitalarias, deben tomar todas las precauciones posibles destinadas a preservar

el carácter confidencial de la información contenida en las Historias, tal cual señala en el Capítulo relativo al Secreto profesional.

En cuanto a la Ley del Ejercicio de la Odontología vigente en el portal del Colegio de Odontólogos de Venezuela no se encuentra ningún artículo destinado específicamente al cumplimiento del llenado de HCO más que una similitud en el artículo 2 que nombra ciertos apartados dentro de la HCO como diagnóstico y tratamiento⁵³

Artículo 2: Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley.

Respecto a la FD, la finalidad jurídica reside en su trascendencia en el fuero penal, civil y laboral.

Desde el punto de vista penal, ha pasado a ser indispensable, porque en ella se registran trabajos y datos que perduran por muchos años después de muerto el individuo, y pasarán a ser otra de las tantas pruebas convincentes e indiscutibles para que los jueces, en la suma de elementos convincentes y con contribución de otras ciencias tributarias de la Criminología, les permitan administrar justicia sin cometer errores, fundamentalmente en casos de identificación humana, ya que es pertinente acotar que en los grandes siniestros, son los dientes los últimos en desaparecer.

Desde el punto de vista del fuero civil, justifica su implementación en los casos de denuncias de mala praxis y por los juicios por cobros de honorarios, los que le dan relevancia y jerarquía a la odontología por el lugar logrado como ciencia autónoma que hoy se merece.

En el fuero laboral, posee suma importancia en los casos de accidentes de trabajo según se evalúen los traumatismos en el Macizo Dento Máxilo Facial, gracias a que hoy se cuenta con tablas valorativas para determinar los daños y más fundamentalmente las incapacidades causadas para lograr luego el resarcimiento correspondiente y justo⁴³.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Una vez expresado el problema de investigación, planteados los objetivos y descritos los antecedentes que orientan a este estudio. Se describe a continuación la metodología, la cual incluye el enfoque y tipo de la investigación, selección del corpus de estudio, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento y análisis de los datos.

3.1 Descripción del estudio

Esta investigación combina el abordaje cualitativo y cuantitativo de la investigación. Permite aproximarse al fenómeno objeto de estudio en un sentido de totalidad que elude polaridad entre categorías metodológicas no enfrentadas. Intenta un complemento necesario de los distintos abordajes del conocimiento⁵⁴.

En cuanto a su alcance, esta investigación es descriptiva, pues persigue describir la estructura discursiva de la HCO. Al respecto, es conveniente decir que el estudio descriptivo busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

55

Por otro lado, se emplea el análisis de género. En este contexto teórico metodológico, se adoptó un enfoque multidimensional de varias perspectivas, aplicado a la enseñanza del discurso académico. Se recurrió de forma complementaria al análisis textual, cualitativo y cuantitativo de documentos de HCO en conjunto de entrevistas semi-estructuradas dirigida a informantes expertos⁵⁶.

3.2 Corpus de estudio

El corpus de estudio estuvo constituido por cincuenta (50) formatos de HCO, los cuales fueron obtenidos de clínicas odontológicas que prestan servicio privado en el Municipio Libertador en la ciudad de Mérida estado Mérida, en el año 2019.

3.3 Criterios de selección

Para esta investigación se seleccionaron los documentos de HCO que cumplieron con los siguientes criterios:

- Documentos utilizados con fines netamente clínicos.
- Documentos presentados en clínicas o servicios odontológicos privados que se encontraron inscritos formalmente en los registros sanitarios o fiscales a nivel nacional.

3.4 Procedimiento

En esta sección se esquematiza el conjunto de pasos ejecutados con el fin de obtener la información pertinente en relación con los objetivos de la investigación:

- 1) Selección de informantes expertos mediante el Colegio de Odontólogos, aquellos que se consideraron mejores clínicos por su marcada trayectoria profesional.
- 2) Recolección de datos por medio de la técnica de la entrevista semi-estructurada.
- 3) Se seleccionó el corpus de estudio con la asesoría de los expertos consultados.
- 4) Clasificación y codificación de los textos de acuerdo a su origen y cuantificación de sus secciones.

- 5) En una tabla de Excel se realizó el análisis, cuantificación, codificación de los elementos, los movimientos y los marcadores discursivos encontrados en las secciones del documento, mediante la utilización de códigos cromáticos y categorizaciones.
- 6) Por último, se realizó la agrupación y selección de ejemplos prototípicos de los elementos, movimientos y marcadores discursivos más significativos encontrados en las secciones del documento.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Desde el punto de vista cualitativo la técnica de recolección de datos empleada fue el análisis de género, por medio de la entrevista semi-estructurada, la cual está basada en una guía de asuntos o preguntas donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas). El instrumento a emplear será el cuestionario, el cual consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir que debe ser congruente con el planteamiento del problema. Las preguntas que lo conforman son abiertas, ya que no delimitan de antemano las alternativas de respuesta, por lo cual el número de categorías de respuesta posibles es muy elevado.

Posteriormente, a través del empleo de una planilla de registro se analizaron los formatos de HCO utilizados en la práctica clínica privada en el Municipio Libertador Mérida-Mérida, en la cual se identificaron el número de elementos, secciones, movimientos y marcadores discursivos presentes en dichos formatos con el fin de identificar patrones establecidos (anexo).

Desde el punto de vista cuantitativo, ya identificados los patrones existentes en los documentos se procedió a realizar un análisis textual para identificar la frecuencia y secuencialidad de dichos patrones por medio del

empleo de técnicas de estadística descriptiva y de distribución de frecuencias.

Por último, al calificar y cuantificar los textos consultados se indagó la información obtenida con los testimonios conseguidos de parte de los informantes expertos para explicar la presencia o ausencia de los rasgos discursivos más predominantes de los documentos.

3.6 Informantes expertos

En esta sección se contó con las nociones y conocimientos de cinco (5) profesionales odontólogos con una reconocida trayectoria en su práctica clínica, miembros de la comunidad odontológica adscritos al Colegio de Odontólogos, con la finalidad de permitir la selección del corpus del estudio y contribuir en el análisis de los datos. Esto nos permitió validar, entre otras cosas:

- La recolección de las HCO utilizadas en la práctica clínica privada.
- Selección de las partes de la HCO.
- La selección de la muestra para conformar el corpus.
- Además, aportaron datos esenciales para el análisis e interpretación de los resultados.

Se optó por este procedimiento, porque se trató de una investigación en el área de la Odontología, y los informantes poseen un amplio conocimiento y aplicación de dicho tema tanto en su formación como en su práctica clínica diaria.

3.7 Análisis de los datos

Se efectuaron dos tipos de análisis debido al abordaje multimodal del estudio: cualitativo y cuantitativo:

- Cualitativo: aplicación de un cuestionario de preguntas abiertas, posteriormente se realizó un análisis de la información obtenida a través de una planilla de registro que se empleó para identificar y clasificar los patrones establecidos que conforman los formatos de HCO.
- Cuantitativo: a través de la estadística descriptiva, distribución de frecuencias con el uso del programa Microsoft Excel 2013.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presentan y analizan los resultados obtenidos durante la fase de recolección de información siguiendo las etapas previamente explicadas en el capítulo anterior.

4.1 Descripción del Corpus

El corpus estuvo conformado por 50 documentos de HCO utilizados en la práctica clínica privada del Municipio Libertador de la Ciudad de Mérida. Fueron contabilizados los números de páginas y de palabras, así como también el total de los documentos analizados.

Variable	Documento	Total
Nº de textos		50
Nº de palabras		7.173
Media de palabras		144
Nº de páginas		113
Media páginas		2,3

Tabla 1. Descripción del corpus

4.2 Secciones que integran el documento integran el documento HCO⁴.

Con base en el análisis textual, se registraron diez secciones en el documento HCO. A continuación, se presentan los porcentajes y las frecuencias de ocurrencia registrada de cada una de las secciones:

Sección	Frecuencia	%
1. Identificación institucional	41	82
2. Título del documento	37	74
3. Filiación del paciente	50	100
4. Anamnesis	42	84
5. Evaluación general del paciente	39	78
6. Análisis y resultados de la historia clínica odontológica	34	68
7. Registro de actividades realizadas	33	66
8. Consentimiento informado	16	32
9. Cierre del documento	33	66

Tabla 2. Secciones del documento de la historia clínica odontológica en frecuencia y porcentaje

Se encontró que más de la mitad del corpus incluyó información de la institución donde se registra la historia clínica. Con base a su frecuencia del 82% y la opinión de los clínicos, esta sección es obligatoria para el documento.

Además, el 72% de los documentos incluyen un título. Según los informantes expertos, es obligatorio colocar un título, ya que indica que va a contener el documento; a su vez, esto le da legitimidad al documento.

⁴ Con base en Skelton⁴⁶, se considera obligatorio un elemento, movimiento o paso cuando haya tenido una frecuencia de aparición por encima de 65%. En cambio, las secuencias que se consideran obligatorias cuando su frecuencia de aparición sea superior al 50%. Sin embargo, en los casos en los que no lleguen a este porcentaje, pero los informantes así lo consideren o así lo establezca el ordenamiento jurídico, también son considerados obligatorios.

Para la filiación del paciente, se encontró un 100%, haciendo de esta una sección obligatoria, además del respaldo de la opinión de los clínicos quienes hacen referencia a la necesidad de identificar cumplidamente al paciente para la legitimidad del documento.

Seguido de esto, en todas las secciones se reporta una frecuencia de aparición superior al 65% haciendo que estas sean obligatorias con base en Skelton⁴⁶, a excepción de la sección del consentimiento informado que se encuentra por debajo con un 32%. Pese a esto, los informantes expertos reafirman la obligatoriedad de la inclusión del consentimiento informado y la literatura respalda que es indispensable para la práctica clínica, siendo pertinente entregar al paciente el CI de forma escrita y anexando una copia exacta de este documento la HCO como respaldo legal²⁷.

El análisis textual indica que consta de cuatro secciones, como se muestra en la tabla 3. A continuación se presentan los porcentajes y las frecuencias de ocurrencia registrada en cada sección.

4.2.1 Sección 1: Identificación institucional

Al inicio se registró la inclusión de forma recurrente de 4 elementos en dicha sección. En la tabla 3 se encuentra la frecuencia de aparición.

Elementos de la sección 1	Frecuencia	%
1. Logo de la institución, nombre de la Institución	35	70
2. Fecha/ lugar y fecha	41	82
3. Nombre del odontólogo	26	52
4. Registro fiscal	13	26

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de los elementos que conforman la sección

El orden predeterminado para esta sección se presenta a continuación:

1. De inicio aparece el logo de la institución o clínica, generalmente ubicado en la parte superior izquierda de la hoja.

2. Paralelo al logo, se ubica el nombre de la institución o clínica, aunado al número de registro fiscal (RIF)
3. Por último, el nombre del odontólogo

Con base en la frecuencia de ocurrencia el logo e identificación de la institución, se considera que es un elemento obligatorio, además de que los expertos señalaron la importancia del mismo, ya que da confianza al paciente y credibilidad en la institución. A diferencia de los resultados encontrados en los trabajos de Lopez²⁷ y Arias y Caldera²⁸ donde este elemento se obtuvo en una frecuencia inferior al 65%.

Además, con el 82% de frecuencia del elemento fecha y lugar, se determinó la necesidad imperativa de la inclusión de la misma, los especialistas hicieron énfasis en la importancia de siempre dejar por escrito el lugar en donde se ha abierto la historia clínica del paciente; así como también, la fecha en la cual llegó el paciente a la consulta por primera vez. Por su parte, Lopez²⁷ encontró en los CI que analizó que la frecuencia de este elemento fue de un 24%. Asimismo, encontró la frecuencia de ocurrencia del 8% en la identificación del odontólogo, mientras que esta investigación obtuvo un 52%.

Para finalizar esta sección, se obtuvo un 26% de aparición del RIF en la identificación de la institución demostrando no ser una sección obligatoria con base a su frecuencia de aparición. Por lo tanto, en ninguno de los estudios consultados de HCO se encontró la presencia de este elemento.

4.2.2 Sección 2: Título del documento

En el enunciado del documento no se encontró uniformidad, debido a esto se reportaron estas variaciones de títulos para referenciarse a la historia clínica odontológica con su frecuencia de aparición:

Nombre	Frecuencia	%
1. Historia clínica	14	28
2. Historia clínica odontológica	7	14
3. Historia odontológica	5	10
4. Historia clínica dental	1	2
5. Historia clínica de ingreso	1	2
6. Informe odontológico	1	2
7. Historia Medica	1	2
8. Historia clínica médico odontológica	1	2
9. Ficha de registro	1	2
10. Ficha clínica	1	2
11. Ficha clínico dental	2	4
12. Anamnesis	1	2
13. Notificación de alta del paciente	1	2
14. Sin título	13	26
Total	50	100

Tabla 4. Enunciados de la sección 2 presentados en porcentajes y frecuencias

Se reportó versatilidad en la manera de nombrar el documento, sin embargo, según la frecuencia y la opinión de los clínicos, se encontró que el más utilizado es “Historia Clínica”, reportado con el 28% de frecuencia en su uso. Además de que diversos estudios^{10,12,22,20,37,38} coinciden en identificar el documento bajo este mismo nombre. No obstante, se reportó el 14% para el nombre de historia clínica odontológica que por su parte también se encontró respaldo de estudios^{3,36,42}, que coinciden con el mismo. Por su parte, los expertos clínicos insisten en la necesidad de diferenciar de la historia clínica general identificando el documento correctamente bajo el título de HCO a pesar de que su frecuencia de aparición no cumplió la regla.

4.2.3 Sección 3: Filiación del paciente

Se encontraron 4 elementos primordiales referentes a la filiación del paciente:

Elementos de la sección 3	Frecuencia	%
Número de HCO/código	32	64
Datos filiales del paciente	50	100
Datos sociodemográficos	43	86
Contacto	44	88

Tabla 5 Elementos de la sección 3 presentados en porcentajes y frecuencias

Los elementos de esta sección se presentan mayormente en el siguiente orden característico:

1. El número de HCO/código o número de paciente, en la esquina superior derecha.
2. Al inicio los datos filiales del paciente seguido de datos sociodemográficos como dirección de residencia actual, procedencia y ocupación, y por último un contacto, ya sea telefónico o correo electrónico.

No se encontró en ninguno de los documentos analizados un elemento referente a la religión del paciente. Sin embargo, los especialistas coinciden en que este es un punto importante de conocer, ya sea que quede reflejado en la HCO o no. El conocer la profesión del paciente ayuda a precisar el tipo de tratamiento adecuado y los requerimientos que dicha profesión amerite, además, hicieron referencia a cómo la religión puede interferir en el tratamiento que se vaya a llevar a cabo, por lo tanto, no está de más indagar respecto a su práctica religiosa.

Se encontró un 100% para los datos filiales del paciente, siendo coherente con Balda *et al*¹⁹, quienes hacen mención al uso de los mismos en el llenado de la HCO.

4.2.3.1 Movimientos retóricos

El análisis de la sección 3 reveló como resultado la inclusión de 2 movimientos retóricos en la filiación del paciente, tal como se observa en la tabla 6.

N°	Nombre del movimiento	Frecuencia	%
M1	Identificación del paciente	50	100
M2	Identificación de factores de riesgo	43	86

Tabla 6. Movimientos discursivos pertenecientes a la sección 3

Para el primer movimiento, correspondiente a la identificación del paciente, los clínicos expertos entrevistados manifestaron que la inclusión de esta información es de imperiosa necesidad, ya que la ausencia de este movimiento le quita legalidad al documento. Arias y Caldera²⁸ obtuvieron un 80% para el movimiento de identificación de los involucrados en la práctica mientras que Lopez²⁷ obtuvo un 78%. En ambos trabajos coincidieron los movimientos por completo, entre tanto, esta investigación encontró similitud entre el movimiento identificación del paciente e identificación de los involucrados en la práctica.

Por su parte, reconocer los factores de riesgo encontrados en la filiación del paciente referente a la procedencia, ocupación y residencia son de suma importancia para poder establecer un correcto diagnóstico y posterior plan de tratamiento.

4.2.4 Sección 4: Anamnesis

Elementos de la sección 4	Frecuencia	%
Motivo de Consulta	40	80
Enfermedad actual	15	30
Antecedentes familiares	18	36
Antecedentes personales	42	84
Hábitos	31	62
Historia odontológica	28	56

Tabla 7. Elementos de la sección 4 presentados en porcentajes y frecuencias

El patrón más recurrente para el orden de los elementos de esta sección es el siguiente:

1. El motivo de consulta es el elemento más frecuente en la apertura de esta sección, el cual se encontró en un 80%, seguido de la enfermedad actual (30%). A pesar de esta diferencia, los especialistas confirman que es obligatoria la aparición de ambos en la HCO. La importancia del motivo de consulta es resaltada en el estudio de Silva³⁸, el cual estableció la frecuencia del por qué los pacientes acuden al odontólogo, reafirmando los resultados de las entrevistas realizadas.

2. El orden continúa con los antecedentes familiares seguido de los antecedentes personales que con el 82% de frecuencia se muestra como un elemento obligatorio de esta sección. Para así, luego conocer los hábitos del paciente⁵.

3. Por último se encuentra la historia o antecedentes odontológicos del paciente.

En la literatura se reportan en estudios de historia clínica médica y HCO el uso de la sección de anamnesis^{2,3,5,6,10-12,19} mencionando dentro de ella el

⁵ El tabaquismo en los documentos estudiados se encuentra categorizado como hábito, sin embargo, la OMS lo clasificó como una enfermedad ya que lo define como “una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas”.⁵⁸ por lo tanto, el tabaquismo no se puede clasificar como un hábito, sino como un antecedente personal.

motivo de consulta^{3,6,11,10,5}, antecedentes familiares y personales^{3,6,10,19, 5}, hábitos^{6,10}, e historia de la enfermedad actual^{3,6,10,5}.

Además de los elementos reflejados en la tabla, en esta sección en solo un 12% de los documentos estudiados se encontró un elemento denominado Alerta Médica, el cual no se encuentra registrado en la literatura de la HCO. Sin embargo, en las entrevistas realizadas se les consulto a los especialistas acerca de este elemento, si lo incluían en sus formatos de HCO y qué datos incluían en el mismo, estos coincidieron en que es importante resaltar características de importancia del paciente en un área especial para esto, para que no pasen desapercibidas. La mayoría de los expertos coincidieron en que este elemento ellos incluyen alergias medicamentosas o alergia al látex (en vista de que en la consulta comúnmente están expuestos a este material en los guantes que utiliza el operador) asimismo recomiendan utilizar este elemento para registrar condiciones especiales de salud del paciente para evitar complicaciones con el paciente durante el tratamiento.

4.2.4.1 Movimientos retóricos

El análisis de la sección 4 expuso la inclusión de un solo movimiento retórico con una frecuencia superior a la regla mencionada en líneas anteriores, haciendo de este, un movimiento obligatorio en la HCO.

N°	Nombre del movimiento	Frecuencia	%
M1	Identificación del estado de salud del paciente	43	86

Tabla 8. Movimientos discursivos pertenecientes a la sección 4

Los clínicos expertos entrevistados reseñan y coinciden en cuanto a este movimiento y su importancia, ya que el odontólogo tratante debe estar al tanto del estado de salud o enfermedad del paciente. A través de la entrevista realizada al paciente se puede conocer sus antecedentes y

expectativas para el tratamiento odontológico que va a recibir, además de conocer que factores predisponentes.

4.2.5 Sección 5: Evaluación general del paciente

Elementos de la sección 5	Frecuencia	%
1. Signos vitales	4	8
2. Examen extraoral	33	66
3. Examen intraoral	38	76
4. Odontograma	39	78
5. Exámenes complementarios	21	42

Tabla 9. Elementos de la sección 5 presentados en porcentajes y frecuencias

En el odontograma se obtuvo el mayor índice con un 78%. Asimismo, Manrique *et al*¹ encontraron una frecuencia del 97,9% del registro del odontograma en las HCO que analizaron en su estudio. Del mismo modo Cuenca *et al*⁷ incluyen en su estudio el odontograma como elemento de la HCO. Mostrándose de este modo como una herramienta indispensable para el registro de datos gráficos.

Gabaldón y Bosetti³ en su propuesta de HCO incluyen en el examen clínico un pequeño apartado para hacer referencia a la forma del arco dental, en las entrevistas se les pregunto a los expertos acerca de este elemento como ayuda para identificación forense y coincidieron en que mientras más meticulosos y detallado sea el llenado de todas las características normales y anormales del paciente mejor servicio se ofrece.

Respecto a los elementos examen extraoral e intraoral, se encuentra una frecuencia superior al 65% coincidiendo con Gabaldón y Bosetti³ quienes incluyen dichos exámenes en su estructura de la HCO. Sin embargo, los autores antes mencionados también incluyen en su estructura los signos

vitales como elemento, mientras que en los documentos analizados solo se consiguió en un 8% de frecuencia del mismo.

Asimismo, para los exámenes complementarios se encontró solo un 42% de frecuencia. No obstante, los expertos entrevistados insisten en que este es un elemento obligatorio debido a que los exámenes complementarios como imagenología y exámenes paraclínicos son los mejores aliados para un diagnóstico acertado. En contraste con la opinión de los clínicos, Gabaldón y Bosetti³, Arias y Guzmán², Manrique *et al*¹, Brito y Corral¹⁰ y Dugarte y Tejada²² sustentan la aparición de exámenes complementarios como elemento de la HCO.

En cuanto al registro de los signos vitales a pesar de que no superó la regla del 65% de aparición, Gabaldón y Bosetti³ al igual que los clínicos expertos entrevistados coinciden con la necesidad de incluir este elemento, ya que es indispensable para corroboración y descarte de patologías.

4.2.5.1 Movimientos retóricos

N°	Nombre del movimiento	Frecuencia	%
M1	Valoración del paciente	39	78

Tabla 10. Movimientos discursivos pertenecientes a la sección 5

Debido a la frecuencia de aparición de este movimiento lo convierte en obligatorio para la HCO. Es fundamental la valoración completa del sistema estomatognático del paciente para tratarle adecuadamente.

Analizando la estructura retórica de HCO manejada en diferentes estudios se encontró la repetición de este movimiento a través de los elementos de los mismos. ^{2,3,7 6,11,12,10}.

4.2.6 Sección 6: Análisis y resultados de la historia clínica odontológica

Elementos de la sección 6	Frecuencia	%
1. Diagnóstico	34	68
2. Pronóstico	2	4
Plan de tratamiento	34	68

Tabla 11. Elementos de la sección 6 presentados en porcentajes y frecuencias

Se encontró una frecuencia significativa del 40% para una sección denominada observaciones, la cual en dichos documentos suple a esta sección o alguno de estos elementos. Brito y Corral¹⁰ reportan “observaciones” como una sección adicional a diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento al igual que Balda et al¹⁹ los incluyen en su propuesta de HCO como complemento a los elementos antes mencionados.

En sus investigaciones Gabaldón y Bosetti³, Arias y Guzmán², Manrique *et al*¹¹, Brito y Corral¹⁰ y Dugarte y Tejada²² contemplan estos 3 elementos dentro de la HCO.

4.2.6.1 Movimientos retóricos

N°	Nombre del movimiento	Frecuencia	%
M1	Identificación de la enfermedad y conducta a seguir	34	68

Tabla 12. Movimientos discursivos pertenecientes a la sección 6

Los resultados muestran la obligatoriedad de este movimiento en la HCO y desde el punto de vista del análisis retorico se encuentra incluido en numerosos estudios^{2,3,7,6,11,12,19,10,22} basados en la HCO, que aunado a la información recolectada en las entrevistas con los expertos reiteran la importancia de la identificación de la enfermedad y la conducta a seguir,

incluso sugieren que quede por escrito las alternativas de plan de tratamiento y que el paciente firme la opción de tratamiento de su elección.

4.2.7 Sección 7: Registro de actividades realizadas

Elementos de la sección 7	Frecuencia	%
1. Fecha	30	60
2. Procedimiento realizado	32	64
3. Operador	7	14
4. Control de pago	22	44

Tabla 13. Elementos de la sección 7 presentados en porcentajes y frecuencias

En vista de la baja frecuencia de aparición de los elementos 3 y 4 de esta sección, los clínicos expertos corroboran que no son elementos imprescindibles en la HCO. Sin embargo, queda a decisión de cada clínico como registra los controles de pago y en caso de centros multidisciplinarios si recomiendan la identificación del odontólogo para cada tratamiento realizado.

Respecto a la fecha y el procedimiento realizado a pesar de no haber alcanzado los estándares del Skelton⁴⁶ se consideran elementos obligatorios y los expertos lo confirman.⁴⁶

4.2.7.1 Movimientos retóricos

N°	Nombre del movimiento	Frecuencia	%
M1	Registro de tratamiento realizado	32	64

Tabla 14. Movimientos discursivos pertenecientes a la sección 7

Gabaldón y Bosetti³ y Cuenca *et al*⁷ en sus estudios de HCO incluyen este movimiento, conjuntamente con la opinión de los clínicos de la utilidad de este tratamiento para poder llevar un registro cronológico y ordenado de los tratamientos llevados a cabo en cada paciente.

4.2.8 Sección 8: Consentimiento informado

4.2.8.1 Movimientos retóricos

N°	Nombre del movimiento	Frecuencia	%
M1	Consentimiento informado	14	28
M2	Ratificación del consentimiento	14	28

Tabla 15. Movimientos discursivos pertenecientes a la sección 8

Para los entrevistados la aparición del primer movimiento, consentimiento informado, a pesar de la frecuencia de aparición en los documentos analizados en este estudio supone ser un factor necesario de expresar de manera escrita la autorización para recibir el tratamiento y de no haber omitido ninguna información importante en los datos suministrados para el llenado de la HCO.

Arias y Caldera ²⁸ y Lopez²⁷ en sus trabajos mencionan una aparición del movimiento ratificación del consentimiento superior al 70% y refieren que es un movimiento obligatorio en esta sección. Al igual que el movimiento anterior a través de esta investigación tan solo se encontró un porcentaje del 28%, no obstante con base en las investigaciones antes mencionadas y por sugerencia de los expertos este es un movimiento obligatorio.

4.2.9 Sección 9: Cierre del documento

Se identificaron una serie de elementos que son característicos para cerrar el documento, con el propósito, según los especialistas, de darle el respaldo legal que precisa a la historia clínica odontológica. La Tabla 17 presenta la lista de dichos elementos con sus respectivas frecuencias de ocurrencia, con el propósito de identificar cuáles de ellos podrán ser consideradas obligatorias y cuáles son opcionales.

Nombre del elemento	Frecuencia	%
1. Firma del paciente/ representante (manuscrito)	30	60
2. Firma del odontólogo (manuscrito)	22	44
3. Firma del testigo (manuscrito)	1	1
4. Nombre y firma del paciente (manuscrito)	2	4
5. Nombre y firma del odontólogo (manuscrito)	2	4
6. Lugar y fecha (manuscrito)	3	6
7. Tabla de registro de tratamientos realizados	14	28

Tabla 16. Elementos de la sección 9 presentados en frecuencias y porcentaje

Se identificaron con mayor frecuencia, la firma del paciente y del odontólogo tratante para cerrar el documento al igual que en las investigaciones de Arias y Caldera²⁸ y Lopez²⁷. Por medio de las entrevistas se determinó que tanto la firma del paciente como la del odontólogo tratante son obligatorias, ya que esto le da validez al documento, y en caso de menores de edad o personas que no estén en capacidad de firmar debe ir incluida la firma del representante legal.

Varios de los documentos analizados luego de incluir las mismas de paciente y de odontólogo finalizan con una tabla de registro de actividades realizadas. Algunos de los especialistas entrevistados sugirieron además de estas firmas en el documento debería incluirse por cada tratamiento registrado.

4.2.9.1 Movimientos retóricos

N°	Nombre del movimiento	Frecuencia	%
M1	Cierre del documento	32	64

Tabla 17. Movimientos discursivos pertenecientes a la sección 9

4.2.10 Pasos en que se pueden realizar los movimientos

Se encontró que cada uno de estos movimientos se puede realizar mediante diferentes pasos, en algunos casos estos movimientos pueden realizarse por medio de solo un paso. En la siguiente tabla se pueden ver los pasos con su frecuencia de aparición por cada movimiento de las diferentes secciones de la HCO.

Movimientos/Pasos	Frecuencia	%
SECCIÓN 3		
M1 Identificación del paciente		
P1 Identificación del paciente (nombre, apellido, edad, documento de identidad, datos civiles y legales)	50	100
P2 Identificación del representante legal* (nombre, apellido, edad, documento de identidad, datos civiles y legales) <small>*en caso de que el paciente sea menor de edad, o sufre de algún tipo de discapacidad</small>	4	8
M2 Identificación de factores de riesgo		
P1 Identificación de la ocupación del paciente	43	86
P2 Identificación de la zona geográfica donde reside el paciente	40	80
P3 Identificación de la procedencia del paciente	4	8

SECCIÓN 4		
M1 identificación del estado de salud del paciente		
P1 Motivo de consulta	40	80
P2 Histórica clínica medica	34	68
P3 Historia odontológica	25	50
P4 Factores asociados	31	62
P4A Factores de riesgo	31	62
P4B Factores predisponentes	18	36

SECCIÓN 5		
M1 Valoración del paciente		
P1 Examen clínico	39	78
P2 Exámenes complementarios	21	42
P2A Imagenología	21	42
P2B Histopatología y serología *	12	24
		*si aplica
SECCIÓN 6		
M1 Identificación de la enfermedad y conducta seguir		
P1 Diagnóstico	34	68
P2 Pronóstico	2	4
P3 Plan de tratamiento	34	68
P3A Tratamiento odontológico		
P3B Tratamiento farmacológico		
SECCIÓN 7		
M1 Registro de tratamiento realizado		
P1 Fecha	30	60
P2 Descripción del tratamiento realizado	32	64
P3 Costos	22	44
SECCIÓN 8		
M1 Consentimiento informado		
P1 Afirmación de haber sido informado sobre el procedimiento, intervención o tratamiento, así como posibilidad de cambiar el tratamiento.	11	22
P2 Afirmación de haber sido informado de su derecho a realizar preguntas y aclarar dudas.	9	18
P3 Manifestación de que la información que suministrada del paciente al operador es verídica	14	28
M2 Ratificación del consentimiento		
P1 Autorización al tratamiento	14	28
P2 Consentimiento	10	20
P3 Acuerdo para que se realice el tratamiento	8	16
P4 Consentimiento o autorización para el uso de registros fotográficos	6	12
P5 Ratificación del consentimiento	14	28
SECCIÓN 9		
M1 Cierre del documento		
P1 Firma del paciente	32	64
P2 Firma del odontólogo	24	48
P3 Registro de tratamientos	14	28

Tabla 18. Frecuencia de ocurrencia de los pasos de cada movimiento retórico en cada sección encontrada.

4.2.11 Realizaciones de los pasos

En las siguientes tablas se presentan algunas expresiones con las cuales se realizan lingüísticamente los pasos de cada uno de los movimientos discursivos en sus respectivas secciones. Luego, con base en su frecuencia de uso se determinan los marcadores discursivos correspondientes.

Sección 3
M1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
P1 Identificación del paciente (nombre, apellido, edad, documento de identidad, datos civiles y legales)
R1 Nombres y apellido del paciente, edad, sexo, datos civiles y legales
P2 Identificación del representante legal* (nombre, apellido, edad, documento de identidad, datos civiles y legales)
*en caso de que el paciente sea menor de edad, o sufre de algún tipo de discapacidad
R1 Nombres y apellido del representante, edad, datos civiles y legales del representante

Cuadro 1. Realizaciones de los pasos del movimiento 1/ sección 3

A pesar de haber encontrado movimientos y pasos a través de los cuales se realizan en todas las secciones, no se encontraron realizaciones lingüísticas propiamente dichas en todas las secciones debido a que el documento de HCO posee una estructura más compatible con una lista de cotejo⁶. La HCO estructuralmente se caracteriza más por reunir una lista de opciones y espacios vacíos para luego ser llenados por el odontólogo a medida que va entrevistando, examinando al paciente y analizando los datos recabados.

⁶ Una lista de cotejo es considerada un instrumento de observación y verificación ya que permite la revisión de ciertos indicadores durante el proceso

SECCIÓN 8
M1 CONSENTIMIENTO INFORMADO
<i>P1 Afirmación de haber sido informado sobre el procedimiento, intervención o tratamiento, así como posibilidad de cambiar el tratamiento.</i>
R1 Expreso que se me ha dado a conocer satisfactoriamente el diagnóstico y plan de tratamiento R2 Declaro y manifiesto que he sido informado y comprendo la necesidad y fines de ser atendido por el profesional... R3 Manifiesto que se me ha informado satisfactoriamente del diagnóstico y plan de tratamiento que amerita mi manejo odontológico R4 La explicación del tratamiento, su objetivo, ventajas, complicaciones y alternativas de tratamiento ya fueron informados R5 Me han informado sobre las posibilidades de cambiar el plan de tratamiento de acuerdo con el diagnóstico
<i>P2 Afirmación de haber sido informado de su derecho a realizar preguntas y aclarar dudas</i>
R1 Me explicaron en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad R2 Expreso que se me ha dado a conocer satisfactoriamente el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento y la oportunidad de hacer preguntas
<i>P3 Manifestación de que la información que suministrada del paciente al operador es verídica</i>
R1 Doy fe de que la información suministrada es verídica y completa R2 Declaro la veracidad de todos los datos emitidos en la historia clínica y que no ha existido omisión de algunos aspectos de interés médico-odontológico R3 Doy fe de no haber omitido o alterado los datos al exponer mi historial y antecedentes
M2 RATIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
<i>P1 Autorización al tratamiento</i>
R1 autorizo a _ a realizar los tratamientos pertinentes R2 acepto que el odontólogo ___ me aplique y realice procedimiento odontológicos necesarios para la recuperación de mi salud
<i>P2 Consentimiento</i>
R1 Consiento en someterme a los procedimientos R2 acepto y firmo este consentimiento dando fe de que el doctor R3 consiento a que se me realice
<i>P3 Acuerdo para que se realice el tratamiento</i>
R1 Estoy de acuerdo a que se me realice el tratamiento R2 accedo a la realización del plan de tratamiento
<i>P4 Consentimiento o autorización para el uso de registros fotográficos</i>
R1 Doy mi consentimiento para el fotografiado del (los) procedimiento(s) que se van a realizar R2 Doy consentimiento para la publicación de fotografía médica sin mención de ningún tipo de datos personales R3 Autorizo a que sean proyectadas para fines científicos siempre y cuando se me garantice el respeto a la intimidad y anonimato
<i>P5 Ratificación del consentimiento</i>
R1 Firma del odontólogo R2 Firma del paciente R3 Firma del representante legal

Cuadro 2. Realizaciones de los pasos del movimiento 1 y 2/sección 8

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Con base en los objetivos que se plantearon al inicio de esta investigación, referente a la estructura retórica de la HCO en la práctica clínica odontológica privada en la Ciudad de Mérida, se establecen las siguientes conclusiones:

- En los documentos de HCO utilizados en la práctica clínica privada se encontraron de forma recurrente nueve secciones (identificación de la institución, título, filiación del paciente, anamnesis, evaluación general del paciente, análisis de la HCO, registro de actividades realizadas, consentimiento informado y cierre del documento), que contienen elementos característicos que deben ser obligatorios en estos formatos.
- De las nueve secciones identificadas, se destacan desde la sección 3 hasta la 9, 8 movimientos retóricos, los cuales se consideraron obligatorios pese a que los 3 últimos movimientos encontrados no superaron el 65% de frecuencia, los resultados obtenidos en las entrevistas refieren que estos movimientos deben ser incluidos de manera obligatoria en la HCO, con el fin de permitir recabar toda la información necesaria para el tratamiento del paciente y, a su vez, este se convierta un registro fidedigno de la práctica clínica.
- La función de la HCO no solo es la atención continuada a los pacientes, sino que también es una herramienta que permite la realización de estudios de investigación y epidemiología, además de ser de utilidad para las partes involucradas en el caso de un posible litigio. Por lo tanto, tiene una validez ética y jurídica.

5.2 Recomendaciones

- La HCO es un documento indispensable en el desarrollo laboral del odontólogo. Sin embargo, se encontró mucha diversidad en los formatos utilizados en la práctica clínica privada, por lo que se recomienda unificar criterios para hacer uso de la misma normativa y así poder llegar a estandarizar un formato básico de los elementos obligatorios de HCO necesarios para los criterios requeridos en la práctica privada a nivel nacional.
- En el formato de la HCO, las secciones deben estar organizadas estratégicamente para que la información sea recabada de una manera fluida y eficaz con el fin de facilitar la obtención y registro de los datos suministrados por el paciente.
- La HCO, por ser un documento médico legal, siempre debe ser respaldado por la firma tanto del paciente como del odontólogo. Esto con el fin de que ambas partes dejen constancia de que la información registrada en el documento es fidedigna y que existe un acuerdo sobre las alternativas de tratamiento.
- Se sugiere continuar el estudio de la estructura retórica de los documentos médicos legales utilizados en el área de la odontología, tales como récipes, constancias, referencia, contrarreferencia, interconsulta, órdenes de laboratorio, entre otros.
- Se recomienda seguir estudiado la HCO utilizada en la práctica clínica y evaluar el llenado de la misma por cada uno de los profesionales en sus consultas privadas.
- Es pertinente dar a conocer a los estudiantes de pregrado las secciones obligatorias que debe tener una HCO en el la consulta privada, asimismo,

estudiar sus propósitos para formar a los futuros odontólogos y así estén al corriente de cómo utilizar esta herramienta en el ejercicio de su profesión.

- Se invita al Colegio de Odontólogos de Venezuela formar y hacer actualizaciones a los profesionales de la odontología respecto a la estructura de HCO, el llenado y manejo de la misma
- Luego del análisis de los documentos seleccionados para el presente estudio, se logró una propuesta de HCO con los elementos encontrados en los resultados de esta investigación, por lo que se recomienda tomar en cuenta esta estructura y no eliminar las secciones obligatorias de este documento. Asimismo, es importante mantener en continuo estudio qué secciones se pueden agregar a dicho documento para mejorar el tratamiento.

www.bdigital.ula.ve

Elementos	Identificación de la institución
	Logo de la institución, nombre de la clínica
	Fecha y lugar
	Nombre del odontólogo
	Número de registro fiscal
	(Título del documento) Historia Clínica Odontológica
	Filiación del paciente
	Identificación del paciente
	Datos sociodemográficos
	Contacto
	Alerta médica
	Condiciones especiales de salud del paciente
	Anamnesis
	Motivo de consulta
	Enfermedad actual
	Antecedentes familiares
	Antecedentes personales
	Hábitos
	Historia odontológica
	Evaluación general del paciente
	Signos vitales
	Examen extraoral
	Examen intraoral
	Odontodiagrama
	Exámenes complementarios
	<ul style="list-style-type: none"> • Imagenología Identificación del examen y análisis del mismo • Histopatología y serología Identificación del examen y análisis del mismo
	Análisis y resultados de la historia clínica odontológica
	Diagnóstico
	Pronóstico
	Plan de tratamiento
Consentimiento informado	
Consentimiento informado	
<ul style="list-style-type: none"> • Afirmación de haber sido informado sobre el procedimiento, intervención o tratamiento, así como posibilidad de cambiar el tratamiento. • Afirmación de haber sido informado de su derecho a realizar preguntas y aclarar dudas. • Manifestación de que la información que suministrada del paciente al operador es verídica. 	
Ratificación del consentimiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Autorización al tratamiento • Consentimiento • Acuerdo para que se realice el tratamiento • Consentimiento o autorización para el uso de registros fotográficos • Ratificación del consentimiento 	
Cierre del documento	
Firma del paciente/ representante (manuscrito)	
Firma del odontólogo (manuscrito)	
Registro de actividades realizadas	
Fecha	
Procedimiento realizado	
Firma del paciente/ representante (manuscrito)	
Firma del odontólogo (manuscrito)	

Cuadro 3. Propuesta de formato para HCO

5.3 Limitaciones

Se presentaron dificultades para recolectar un mayor número de documentos de HCO, ya que un porcentaje importante de los odontólogos suelen llevar solo registros digitales más no un formato de HCO como tal. En otros casos, simplemente no tienen un formato de registro establecido, y por último un porcentaje bajo de ellos en vista de ser un documento médico legal, por más que la solicitud fue solo del formato HCO y no de revelar datos vaciados en la misma, no quisieron compartir el documento para esta investigación.

www.bdigital.ula.ve

REFERENCIAS

1. Monzón A, Ariasgago O, Núñez O. ¿Historia Clínica o Ficha Odontológica? Un análisis. In: Universidad Nacional de Nordeste Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. 2003.
2. Guzmán F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Hist clínica RevColombCir*. 2012;27:15–24.
3. Gabaldón M V., Bosetti T. Historia clínica odontológica. Universidad de Los Andes; 1995.
4. Teresa M. Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Med Clin*. 1999;112:24–8.
5. García A. Manual de exploracion clinica medica en odontología. 1era edición. Editorial Venezolana C.A, editor. Mérida- Venezuela: Universidad de Los Andes; 2007. 152 p.
6. Catro I, Gámez M. Historia clínica. En: Gamundi M, editor. *Farmacia Hospitalaria*. 3era edici. Barcelona España: Elsevier; 2002. p. 295–305.
7. Cuenca K, Rodríguez M, Soto A, Pentón O. La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal. *Rev Cuba Med Mil*. 2014;43(4):534–40.
8. Martínez D, Guanche A, Clavera T, Rodríguez J. Propuesta de un modelo de historia clínica ambulatoria en la urgencia estomatológica. *Ciencias Médicas Pinar del Río*. 2018;22(2):301–8.
9. González R, Cardentey J. La historia clínica médica como documento médico legal. *Rev Méd Electrón*. 2015;37(6):648–53.
10. Brito N, Corral Y. La historia clínica y el consentimiento informado en investigaciones clínicas y odontológicas. *Acta Odont Venez*. 2014;52(2).
11. Manrique JA, Manrique JE, Chávez B MC. Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente. *Rev Estomatológica Hered*. 2014;24(1):17.
12. Llanos L, Mayca J, Navarro G. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. *Rev Medica Hered*. 2006;17(4):220–6.
13. OMC España. Código de deontología médica. 2011 p. 1–58.
14. ADA. Dental Records. 2010.
15. Allende L. Análisis, diseño e implementación de un banco estandarizado de historias clínicas y aplicación móvil para las clínicas odontológicas. Universidad Católica Del Perú; 2013.
16. Velázquez M. Evaluacion del conocimiento del codigo de deontologia odontologica de los odontologos que trabajan en el dispensario parroquial "Monseñor Delfin Moncada". Universidad Católica Andres Bello; 2008.
17. Hadden AM, FGDP(UK) Clinical Examination, Record-Keeping Working Group. Clinical examination & record-keeping : Part 1 : Dental records. *Br Dent J*. 2017;223(10):765–8.
18. Organizacion Panamericana de la Salud, Organizacion Mundial de la Salud. Registros médicos electrónicos en América Latina y el Caribe: Análisis sobre la situación actual y recomendaciones para la Región. Washington, DC; 2016.
19. Balda R, González O, Solórzano A, Camejo M. Evaluación del riesgo de la

- caries dental como un proceso infeccioso. *Acta odontol venez.* 1999;37(3).
20. Rodríguez M, Beunza J, López C, Hyder O, Civeira M. Aprendizaje de la historia clínica con pacientes simulados en el grado de Medicina. *Educ Med.* 2012;15(1):47–52.
 21. Moya V, Roldan B, Sánchez J. *Odontología Legal y Forense.* 1era edición. Elsevier, editor. Barcelona España: Masson S.A; 1994. 400 p.
 22. Gudarte M, Tejada A. Perfil epidemiológico y clínico de los pacientes atendidos en la clínica de anestesiología y cirugía estomatológica. 2011-2013. Universidad de Los Andes; 2013.
 23. Bel A. La odontología forense en las Fuerzas Armadas : Una asignatura pendiente. *Sanid mil.* 2011;67(4):375–80.
 24. Miranda J. La ficha dental. Una necesidad actual. *Rev Cuba Estomatol.* 2006;43(2).
 25. Fernández G. Género Caso Clínico : Organización retórica de su macromovida Relato del Caso en publicaciones médicas chilenas. *Signos Estud Lingüística.* 2016;49(91):192–216.
 26. Cassany D, Morales O. Leer y escribir en la universidad: Hacia la lectura y la escritura crítica de géneros científicos. *Memorialia.* 2008;
 27. López M. Estructura discursiva del consentimiento informado utilizado en la práctica clínica odontológica en la ciudad de Mérida. Universidad de Los Andes; 2017.
 28. Arias J, Caldera A. Estructura retórica del CI incluidos en tesis y trabajos de grado Odontología hispanoamericana. Universidad de Los Andes; 2017.
 29. De A. Archivo de historias clínicas Digitalizado, una solución previa a la Historia Clínica Electrónica. *Papeles Médicos.* 2009;18(2).
 30. Lain P. La historia clínica hipocrática. Madrid: CSIC; 1950. p. 9–48.
 31. Morales O. Aproximación discursiva al artículo de investigación (AI) odontológico hispanoamericano : implicaciones para la enseñanza del discurso. *Actas del VII Congr Int la AELFE.* 2008;90–103.
 32. Morales O, Cassany D, Marín E, González C. El discurso escrito de la odontología: análisis retórico discursivo de casos clínicos hispanos(1999-2005). *Universitat Pompeu Fabra;* 2008.
 33. Morales O. Aproximación Discursiva a la Escritura Académica de Odontología : Estructura Retórica y Estrategias de Atenuación en Casos Clínicos Publicados en Revistas Hispanoamericanas (1999-2005). *Universitat Pompeu Fabra;* 2008.
 34. Barrows N, Jephcote V, Morrison J, Sutton J. Inaccurate Dental Charting in an Audit of 1128 General Dental Practice Records. *Dent Update.* 2017;
 35. Cole A, McMichael A. Audit of Dental Practice Record Keeping A PCT Coordinated Clinical Audit by Worcestershire Dentists. *Prim Dent Care.* 2009;16(3).
 36. Mafla P. El Palatograma y la historia clínica odontológica. *Clínica Integral de la Facultad de Odontología, UCE* 2016. Universidad Central del Ecuador; 2017.
 37. Abreus M, Suárez R, Chaviano J. Recesión periodontal en pacientes del municipio Rodas . Cienfuegos , 2016-2017. *Medisur.* 2018;16(3).
 38. Silva A. Motivo de consulta más frecuente de los pacientes mayores de edad

que asisten a la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas, en el período octubre del 2014 a enero del 2015. Universidad de Las Américas; 2015.

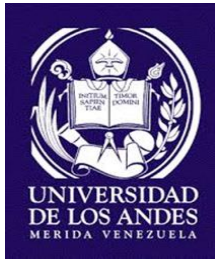
39. Kolude B, Adeyemi B, Taiwo J, Sigbeku O, Eze U. The role of forensic dentist following mass disaster. *Ann Ibadan Postgrad Med.* 2010;8(2):111–7.
40. Ajayi D, Abiodun I, Sulaiman A, Ekhalufoh E. A retrospective study of traumatic injuries to teeth at a Nigerian tertiary hospital. *Niger J Clin Pract.* 2012;15(3).
41. Montanet G, Tielvez N, Socorro A. Propuesta de modelo e instructivo para historia clínica de endodoncia A proposal of a model and instructive document for clinical. *Rev Ciencias Médicas.* 2007;11(4).
42. Cedeño B. La realidad de la historia clínica odontológica. Propuesta de un formato estandarizado. *Rev ADM.* 2009;LXV(1):10–4.
43. Ceppi H, Ramos J, Briem A, Villanueva J, Fonseca G. Ficha Odontológica e Identificación . Reporte del XXXIII Congreso Internacional de AMFRA , 16 de Mayo de 2012 - Carlos Paz , Argentina . FRA , 16 de Mayo de 2012 - Carlos Paz , Argentina . Dental Chart and Identification . A report from the XXXIII Interna. *Forensic Oral Pathol Journa.* 2014;3(7):7–15.
44. Morales O. Los géneros escritos de la odontología hispanoamericana estructura retorica y estrategias de atenuación en artículos de investigación casos clinicosy artículos de revisión. *Universitat Pompeu Fabra;* 2010.
45. Castro M, Sánchez M. Escribir en la universidad : la organización retórica del género tesina en el área de humanidades. Vol. 37, *Perfiles Educativos.* 2015. 50–67 p.
46. Skelton J. Analysis of the structure of original research papers : an aid to writing original papers for publication. *Br J Gen Pract.* 1994;4:455–9.
47. Carrillo L. Actualización retórica de la lengua: El registro. *Rev electrónica Estud filológicos.* 2005;9.
48. Santander P. Por qué y cómo hacer análisis de discurso. *Cinta moebio.* 2011;41:207–24.
49. García B. Historia clinica como medio de prueba. Especial mención a la historia clínica electrónica. *Universidad San Pablo;* 2015.
50. Vacarezza R, Nuñez E. ¿A quién pertenece la Ficha Clínica? *Rev Med Chil.* 2003;131:11–114.
51. España L, Paris A, Florido R, Arteaga F, Slórzano E. Estudio de las características individualizantes de las rugas palatinas . Caso : Bomberos de la Universidad de Los Andes Mérida – Venezuela. *Cuad Med Forense.* 2010;16(4):199–204.
52. Código de Deontología Odontológica. Venezuela; 1992.
53. Ley de ejercicio de la odontología. Venezuela; 1943 p. 1–9.
54. Monje C. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. *Universidad Surcolombiana;* 2011.
55. Hernandez R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 5ta edición. Mexico; 2010.
56. Bhatia VK. Applied genre analysis : a multi-perspective model. *Ibérica.* 2002;4:3–19.
57. SciELO - Scientific Electronic Library Online.

58. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.
Manual PNA de Abordaje del Tabaquismo. 2013.

www.bdigital.ula.ve

www.bdigital.ula.ve **APÉNDICE**

Apéndice 1



**Universidad de Los Andes
Facultad de Odontología
Departamento de Investigación
“José Rafael Tona Romero”**

Cuestionario guía

1. ¿Qué función cumple la inclusión de la información institucional (nombre, logo, entre otros)?
2. ¿Qué función cumple incluir el título del documento “Historia Clínica Odontológica”?
3. ¿Hace falta incluir el lugar y la fecha?
 - a. ¿Dónde debe ir? - ¿Por qué?
4. ¿Qué función cumple el “motivo de consulta”?
5. ¿Qué debe incluirse en la historia de la enfermedad actual y por qué?
6. ¿Es suficiente incluir solo la identificación del paciente y antecedentes?
 - a. ¿Cuál información se considera completa para referirse a la identificación del paciente?
7. ¿Qué apartados de los antecedentes tanto personales como familiares deberían considerarse como una señal de alerta y por qué?
8. ¿en el resumen de los hallazgos del examen clínico debe incluirse los antecedentes odontológicos? ¿por qué?
9. ¿sería recomendable en el odontograma agregar gráficamente datos del periodontograma? ¿por qué?
10. ¿el odontograma debe llevar una leyenda de los códigos usados en él?
 - ¿por qué? - ¿para el uso de autoridades forenses?

11. ¿En exámenes complementarios se recomienda anexar dichos exámenes o basta con el análisis y diagnóstico de los mismos?
12. ¿En la actualidad aún se sugiere el conservar el registro de los modelos de yeso de los pacientes? ¿por qué?
13. ¿Qué función cumple la inclusión de la información del procedimiento o tratamiento?
14. ¿Por qué se deben incluir los riesgos del tratamiento?
15. ¿Por qué se deben incluir las alternativas del tratamiento?
16. ¿Por qué se debe llevar registro de los tratamientos realizados?
 - ¿Qué tan detallado debe ser dicho registro?
17. ¿Por qué se debe pedir autorización para la aplicación de la anestesia?
18. ¿Es necesario el consentimiento informado? ¿por qué?
19. ¿En caso de ser necesaria la una interconsulta qué se debe agregar a la HCO del paciente respecto a esta?
20. ¿Se debe firmar el documento?
 - ¿Quién? ¿por qué?
21. ¿Qué aspectos habría que tomar en cuenta para incluir o excluir determinada sección de la HCO?

Apéndice 3
Planilla de Registro 2

Movimientos/ Marcadores

Sección	Movimientos	Marcadores

Apéndice 4

Planilla de registro 3

Pasos y realizaciones de cada movimiento

MOVIMIENTO N°
Paso N°
Realización N° Realización N° Realización N° Realización N°
Paso N°
Realización N° Realización N° Realización N° Realización N°
Paso N°
Realización N° Realización N° Realización N° Realización N°