

XIX Jornadas de
Comunicaciones
Científicas de la Facultad
de Derecho y Ciencias
Sociales y Políticas

UNNE

2023

En homenaje a la Dra. Hilda Zulema Zárate

Corrientes - Argentina

XIX Jornadas de Comunicaciones Científicas de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales y Políticas: UNNE / Silvia Alegre... [et al.]; compilación de Martín Chalup; Lucía Sbardella; dirigido por Mario R. Villegas. - 1a ed. compendiada. - Corrientes:

Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales y Políticas, 2023.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-3619-94-6

1. Derecho. I. Alegre, Silvia. II. Chalup, Martín, comp. III. Sbardella, Lucía, comp. IV. Villegas, Mario R., dir.
CDD 340.072

LOS REGISTROS DENTALES. EVOLUCIÓN E IMPORTANCIA DE SU IMPACTO JURÍDICO Y DIGITAL

López, Victoria F.; Monzón Wyngaard, Álvaro

alvaromonzonw@hotmail.com

RESUMEN

El expediente odontológico es el conjunto de datos y documentos ordenados y detallados en forma cronológica que permiten al profesional plantear un diagnóstico, pronóstico y el registro de tratamientos para la recuperación de la salud del paciente. Y es al propio tiempo el relato pormenorizado del cumplimiento de los deberes del odontólogo. A ello debe agregarse el desarrollo de las tecnologías digitales.

El objeto del presente trabajo se centra en la importancia del análisis de los registros dentales desde una perspectiva histórica, dirigida hacia la optimización de la atención clínica odontológica y sus implicancias jurídicas en relación a su digitalización

PALABRAS CLAVES

Documentos. Odontología. Derecho.

INTRODUCCIÓN

El expediente médico de un paciente es el conjunto de documentos en los cuales el profesional de la salud, consigna y conserva los datos que asegurará la continuidad de los cuidados que su estado requiera (Cumplido, 1997).

El documento hace referencia a "toda representación material destinada a reproducir una expresión del pensamiento" (Patitó citado por Mora Pueyo et Al, 1994), y en la práctica odontológica, la información que puede recabar el odontólogo, se encuentra contemplada en diferentes tipos de documentos como ser: historias clínicas, fichas, certificados, consentimiento informado, recetas, presupuestos, órdenes de prescripción de prótesis dentales, derivación de pacientes, radiografías, fotografías, modelos de yeso, entre otros.

Se insiste, tanto desde la perspectiva ética como legal, en el registro y el resguardo de los documentos dentales para que el profesional pueda tener, con el paso del tiempo, una visión completa y global del expediente clínico odontológico con el fin primordial de facilitar la

asistencia sanitaria del paciente; y de esta manera, que pueda contar con una base para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas al fomento, recuperación y rehabilitación de la salud dento-buco-maxilar.

Por lo tanto, resulta necesario para mejorar la capacidad de almacenar y compartir los registros de los pacientes establecer una infraestructura de información más eficiente y eficaz y de esta manera apuntar a mejorar la calidad de la atención odontológica (Surián, et. al, 2022: 282-288).

Lo mencionado anteriormente resulta favorable en la actualidad a partir de la reforma del almacenamiento físico en consecuencia del exceso de material impreso en las diferentes entidades sanitarias, consultorios, clínicas e instituciones odontológicas, lo que conlleva a la aplicación de la tecnología informática en la naturaleza de la gestión de la salud, lo que es posible producir y mantener a través de los denominados registros digitales. Así como asevera Schleyer (Schleyer, et al, 2006: 344-

352), se trata de un factor clave para optimizar la atención odontológica debido a que la implementación generalizada resultaría ventajosa para los pacientes en primer término y también para la gestión de las diferentes instituciones.

MÉTODOS

Si bien se trata de una revisión bibliográfica, se abordó el método histórico, haciendo hincapié en la heurística –en particular con documentos éditos– y luego la crítica y el informe que exponemos a continuación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la época antigua, desde los inicios de la medicina hipocrática hace más de 2400 años, los registros médicos han sido esenciales para el tratamiento de las enfermedades y el avance de la ciencia médica. Los médicos hipocráticos sintieron la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden su experiencia ante la enfermedad individual de los pacientes, naciendo de esta manera la historia clínica (Cierra, 2022: 587).

Se registran diversas colecciones de escritos médicos que tienen su origen en la cultura griega entre los siglos V y IV a J.C., como las primeras historias clínicas completas que se encuentran contenidas en los libros *Las Epidemias I y III* del *Corpus Hipocraticum*, atribuidos a Hipócrates y sus discípulos (Fombella Posada MJ et Al., 2012: 21-26).

Este prestigioso médico y filósofo de la antigua Grecia (Cos, c. 460 a. C.- Tesalia c. 370 a. C.) rescató a la medicina del campo de la especulación filosófica, buscando su etiología. Fue el primero en examinar al enfermo con gran cuidado buscando las diferencias entre un hombre sano y uno enfermo, creando así las historias clínicas al describir signos, síntomas y el curso que seguían las distintas enfermedades en los enfermos que estudiaba (Lerman, 1974).

En la Edad Media la elaboración de la historia clínica se recupera con

“Los Consilia”, debido a que el estudio de la medicina en las universidades condiciona su reaparición como documento manuscrito, e impreso a partir de 1450. Se trataba de documentos escritos, denominados “Consilium”, donde su contenido reflejaba los consejos de médicos que se daban al paciente y estaban formados por cuatro apartados donde se consignarán: a) nombre del proceso; b) nombre de la persona y sus síntomas enumerados ordinalmente; c) cuestiones etiológicas, fisiológicas, patogénicas y terapéuticas; y, d) fórmula final que incluía su acción terapéutica.

En el siglo XVI surgen las “Observatio” y se mantienen a lo largo del Renacimiento y principios del siglo XVII donde la historia clínica alude a un relato preciso, objetivo, exento de interpretación doctrinal, en el cual se mejora el estilo literario y se añade coherencia narrativa en la descripción clínica de lo observado y finalmente, acaba con una reflexión diagnóstica e indicaciones terapéuticas en relación a cada paciente en particular.

Posteriormente su contenido es perfeccionado por Sydenham (1624-1689) quien basándose en el *Corpus Hipocraticum*, expone los fenómenos de cada enfermedad sin fundarlos en hipótesis ni agruparlos de manera forzada; lo cual continúa completándose a lo largo del siglo XVIII con el método anatomo-clínico y en el siglo XIX con el desarrollo de técnicas fisiopatológicas para medir signos y síntomas con precisión, enfatizando la redacción meticulosa de las historias clínicas individuales y trabajando en estrecho contacto con el paciente.

En el siglo XX se observa un acelerado desarrollo tecnológico y con ello un marcado crecimiento en la realización de pruebas complementarias, lo que conlleva a un aumento de la complejidad de la historia clínica que se convierte en multidisciplinar al desarrollarse las especialidades médicas.

A su vez, el avance tecnológico en cuanto, a la informatización en el

área de la salud, trajo aparejados cambios radicales, en lo referido al expediente clínico del paciente en el siglo XXI, entendido como un documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud (Lima Amorim et al, 2016: 32-37). Las tecnologías utilizadas en la actividad clínica permiten hoy, observar y medir con precisión aspectos referentes al estado de salud y enfermedad de las personas. En Argentina, la Ley 26.529, sobre la historia clínica informatizada, menciona que el contenido de la misma, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma.

La reglamentación establece que la documentación respaldatoria, deberá conservarse y precisa que el odontólogo será el depositario de la historia clínica.

La migración a medios electrónicos no exime de cumplir con las normas establecidas por el Código de Ética y Deontología Dental de la Asociación Odontológica Argentina (AOA), donde se integran los valores morales, normas éticas y principios deontológicos que deben inspirar, guiar y precisar la conducta profesional del dentista.

En conclusión: se requieren programas de software que tengan como objetivo ayudar a los profesionales a crear y mantener datos antes y durante el curso de un tratamiento, además de brindar acceso inmediato a exámenes complementarios y lograr una mayor claridad en los registros, y así poder, además, almacenar y resguardar los mismos para ser utilizados en los casos legales y forenses que así lo requieran.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cierra Martín C. (2022). La herencia de prometeo. Las enfermedades ocupacionales en el corpus hippocraticum. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 74 (1).
<https://doi.org/10.3989/asclepio.2022.08>
- Asociación Odontológica Argentina (AOA). (1964). *Código de Ética y Deontología Dental de la Ciudad de Bs. As* [Archivo PDF].
<http://www.legisalud.gov.ar/pdf/aoa.pdf>
- Cumplido, M. (1997). *Responsabilidad Profesional del Equipo de Salud. Manual de Información para la buena praxis*. Editorial Alveroni
- Fombella Posada, M., y Cereijo Quinteiro, M. (2012). Historia de la historia clínica. *Galicia Clin*, 73(1), pp. 21-26.
<https://galiciaclinica.info/PDF/16/291.pdf>
- Lerman, S. (1974). *Historia de la Odontología*. (3ª ed.) Mundi S.A.I.C. y F.
- Lima Amorim et al. (2016). A importância do preenchimento adequado dos prontuários para evitar processos. *Arq Odontol*, 52(1), pp. 32-37.
<https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3686/37715>
- Moya Pueyo et al. (1994). *Odontología Legal y Forense*. Editorial Masson S. A
- Schleyer et al. (2006). Clinical Computing in General Dentistry. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13 (3).
- Pruna et al. (2022) A Networked Electronic Patient Record System for Diabetes. *Studies in health technology and Informatics*, 90, pp. 282-287.
[file:///C:/Users/suiza/Downloads/SHTI90-0282%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/suiza/Downloads/SHTI90-0282%20(2).pdf)

EJE TEMÁTICO DE LA
COMUNICACIÓN
Otros

FILIACIÓN

AUTOR 1: Docente - Trabajo libre de
cátedra

AUTOR 2: Docente Investigador -
Trabajo libre de cátedra