

## II — DESCRIPCION DE LA FICHA

La buena organización del funcionamiento del consultorio es fundamental para lograr una práctica profesional eficiente. Para ello es necesario disponer de una ficha adecuada.

Presentamos una ficha destinada al práctico general. Puede modificarse para adaptarla a otras necesidades según el tipo de práctica de quien la emplee, conservando el criterio ergonómico de simplificar y sistematizar las anotaciones.

Esta es una ficha básica de examen que aporta un panorama general de las condiciones bucales. De acuerdo a la patología que ella sugiera se deberá complementar con las fichas de estudio especializado que se necesiten. Por ejemplo, si de este estudio sumario se deduce que hay disfunción oclusal, se deberá profundizar el examen clínico con el Análisis Funcional de la Oclusión, lo que se registrará en otra ficha especializada destinada a este efecto.

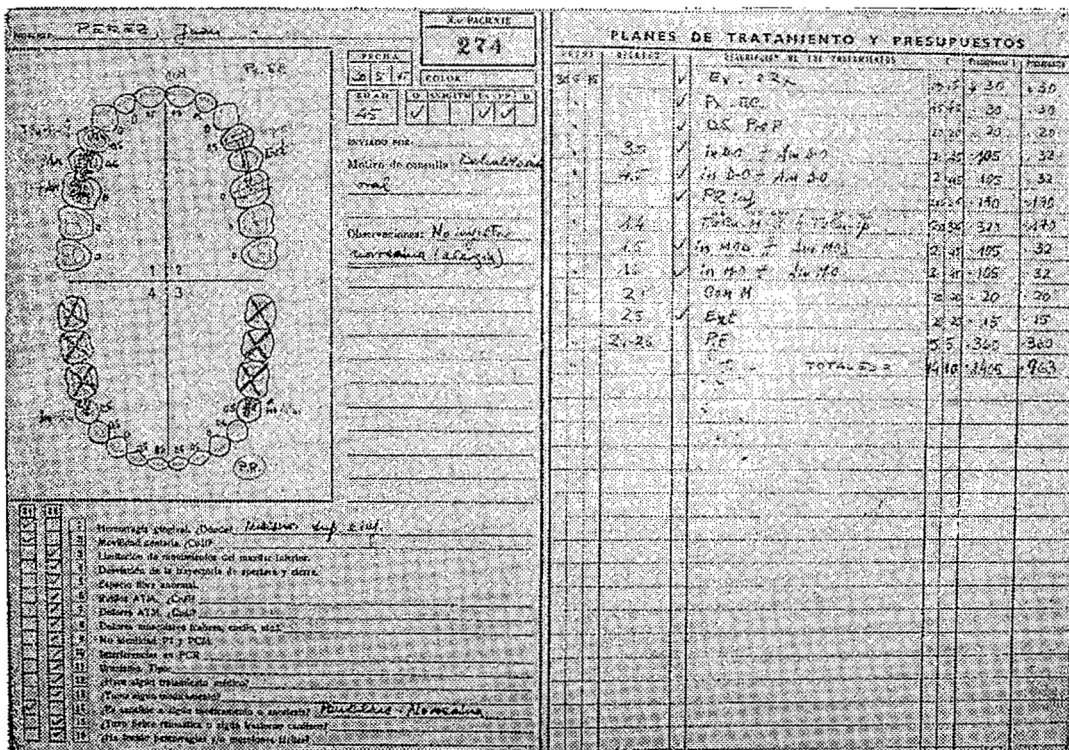


FIG. 1

La ficha consta de una hoja de cartulina impresa de ambos lados, que se guarda en un sobre doblada al medio. Tiene pues cuatro páginas: dos externas y dos internas.

La primera página es para el registro de la historia clínica. La segunda es para desarrollar los posibles planes de tratamiento con sus correspondientes presupuestos (fig. 1). Para esto resulta cómodo tener desplegadas las páginas de manera que esté todo a la vista. Como es más lógico tener a la izquierda lo ya registrado clínicamente, el lomo del doblez queda a la derecha de la primera página. El encabezamiento de esta primera página comprende el nombre y número del paciente, la fecha de ingreso, la edad y el color

de sus dientes. Luego figura un recuadro con los componentes del Sistema Estomatognático para tildar los que están afectados, lo que se registra al final del examen clínico.

A la izquierda se incluye un diagrama de las arcadas dentarias divididas en cuadrantes numerados según la nomenclatura de la Federación Dental Internacional. El dibujo de los dientes desarrolla en un plano las cinco caras de la corona clínica. Esto permite dibujar las caries y las reconstrucciones en el lugar correspondiente.

Con la finalidad de simplificar, ahorrando espacio y tiempo, se emplea un código nemotécnico (fig. 2). Al costado del diagrama se anota por quien fue enviado, el motivo de

## CODIGO GENERAL

Ex	— Examen
Ex Fi	— Examen y fichaje
Rp	— Recetar, indicar
Top	— Topicación
Pl T	— Plan de tratamiento
An	— Anestesia
Ext	— Extracción
	Ausente
Ext Re	— Extracción retenido
Ext Cg	— Extracción a colgajo
Fr	— Frenectomía
Ap	— Apicectomía
Ra	— Radiculotomía
Alv	— Alveolectomía
Rx	— Radiografía
Rb	— Rebasado
Prob	— Prueba
Ta	— Tallado
Imp.	— Impresión
Cub	— Cubeta
Rep	— Reparación
Pro	— Provisorio
Pr P	— Protección Pulpar
R	— Remoción
R T C	— Remoción total de caries
R P C	— Remoción parcial de caries
Am	— Amalgama
Sil	— Silicato
Com	— Resina "composite"
In	— Incrustación
Ip	— Incrustación a perno
Piv	— Pivote
Co	— Corona
Co Ve	— Corona Veneer
J	— Jacket
J Met	— Jacket fundida sobre metal
M	— Muñón a perno
B	— Block de resistencia
P F	— Prótesis fija

P F C	— Prótesis fija cerámica
P R	— Prótesis Removible
P C	— Prótesis Completa
En	— Endodoncia
Cn	— Conducto
T Cn N	— Tratamiento de conducto necrótico
T Cn	— Tratamiento de conducto vital
Ob Cn	— Obluración de conducto
Cnt	— Conductometría
Reob	— Reobturación
Eug	— Eugenato
T Q B	— Tratamiento Quirúrgico de bolsas
Px	— Profilaxis (detartraje)
R y C	— Raspaje y Curetaje
E C	— Enseñanza de Cepillado
C/	— Control
C/C	— Control de Cepillado
E H I	— Enseñanza de Higiene Interdentaria
C/H I	— Control de Higiene Interdentaria
Pre P	— Pre-Proteético
Ort	— Ortopedia-Ortodoncia
Ocl	— Oclusión
P P	— Posición Postural
P C R	— Posición de contacto retrusiva
R C	— Relación céntrica
P I	— Posición Intercuspal
B B	— Borde a borde
F	— Funcional
No F	— No funcional
D V	— Dimensión vertical
E L	— Espacio libre
A F O	— Análisis funcional de la oclusión
A T M	— Articulación témporo mandibular
Int	— Interferencia
L I	— Lateralidad Izquierda
L D	— Lateralidad Derecha
A O	— Ajuste oclusal
D S	— Desgaste selectivo
Fe	— Férula

consulta y hay espacio para observaciones. Luego se resume en dieciséis puntos, la información mínima indispensable para completar el examen. Los datos se obtienen tanto por anamnesis como por observación clínica. Se tildan en los recuadros correspondientes los síntomas y signos observados. Las preguntas están redactadas de tal modo que las respuestas afirmativas indican las anormalidades. La columna de la izquierda, encabezada por SI, es la que resume las patologías. Es importante registrar también los puntos negativos, en la columna de NO, de manera de asegurarnos que el punto fue analizado. Si en uno no existe tilde en ninguna de las dos columnas significa que el punto no fue examinado.

Puntos 1 y 2 sobre periodoncia: 1 — Hemorragia gingival y su localización. Es indicativa de inflamación del periodoncio marginal (paradentitis o periodontitis). Se detallan luego sus características (intensidad, frecuencia, antigüedad).

Punto 2 — Movilidad dentaria. Si es positiva, se registran los dientes móviles. Esto también puede hacerse anotando el grado de movilidad en la parte interior del diagrama, al lado de cada diente. Se usa una escala de cero (diente firme) a tres (diente muy móvil, para extraer).

Los puntos 3 al 11 corresponden al test de los nueve puntos de Krogh-Poulsen que investiga alteraciones funcionales del Sistema Estomatognático. Se puede realizar en menos de diez minutos y la finalidad es que al odontólogo general no se le escapen disfunciones oclusales que pueden pasar desapercibidas.

Punto 3 — Limitación de los movimientos del maxilar inferior. Esto va especialmente referido a la limitación de apertura, lo que puede ser indicativo de trastornos neuromusculares o de A.T.M.

Punto 4 — Desviación de la trayectoria de apertura y de cierre. Si existe, también sugiere problemas de A.T.M. o musculares.

Punto 5 — Espacio libre anormal. Se determina observando la posición de reposo

mandibular y relacionándola con la oclusión máxima.

Punto 6 — Ruidos en las A.T.M. Se anota el tipo (chasquido, crepitación) y en el cuál de las dos articulaciones.

Punto 7 — Dolores en las A.T.M. Por exploración manual se determina su localización y se diferencia de los dolores en el Pterigoideo Externo o Masetero.

Punto 8 — Dolores musculares (cabeza, cuello, etc.). Se buscan aquellos que pueden ser de origen muscular masticatorio por lo que deben distinguirse de los de otra etiología. Hay que localizarlos bien y palparlos.

Punto 9 — No identidad entre Posición Intercuspal y Posición de Contacto Muscular. Se registra en el recuadro de SI cuando las inclinaciones cuspídeas desvían la mandíbula hacia una oclusión máxima excéntrica.

Punto 10 — Interferencias en la Posición de Contacto Restrusiva (Relación Céntrica). Se exploran los contactos prematuros en la trayectoria de cierre en la posición más retrusiva de la mandíbula.

Punto 11 — Bruxismo. Tipo. Esto se registra por interrogatorio (bruxismo consciente) y por examen de signos, especialmente bruxofacetas, hipertrofias musculares, hábitos.

Puntos 12, 13, 14, 15 y 16 — Son preguntas que buscan información sobre el estado general, importantes para conocer al paciente y necesarias antes de cualquier acto quirúrgico.

La segunda página se utiliza para las anotaciones que resultan del estudio de la historia clínica, las radiografías y eventualmente los modelos. Su utilidad es en el escritorio donde con todos estos elementos reunidos se elabora el plan de tratamiento con los correspondientes presupuestos.

Una primera columna para la fecha. Esto es de interés por las posibles variaciones en los presupuestos con el transcurso del tiempo, si el paciente difiere su tratamiento. En la segunda columna se anota el diente a tratar, seguida de una tercera angosta, destinada a



tildar los tratamientos a medida que se van terminando. Esto permite tener actualizado lo ya realizado y lo que falta hacer. La columna mayor es para registrar en código, todo lo que hay que hacer en cada diente, con las distintas soluciones indicadas. Se preveen dos soluciones posibles en el mismo renglón, las que se separan con barras verticales. Por eso, las columnas siguientes de Tiempo (T) y presupuestos, constan de dos espacios consecutivos como para dos soluciones que se pondrán a consideración del paciente.

Las páginas interiores de la ficha están destinadas a registrar el curso del tratamiento (fig. 3). Fueron diagramadas a lo ancho de la página para aprovechar mejor el espacio de cada renglón. Ambas páginas son idénticas y una se continúa con la otra. En la primera columna se anota la fecha de la sesión clínica. Luego el tratamiento programado para esa sesión. En la primera visita, lógicamente no hay nada programado. Lo siguiente es el tiempo. Se anotan en dos columnas vecinas, el tiempo que habíamos previsto para esa realización clínica (Prog. = Programado) y el tiempo que realmente insumió (Real). Cada casillero está dividido en dos: la primera parte para las horas y la segunda para los minutos. De la comparación de estas dos columnas, se pueden sacar conclusiones interesantes respecto a la evaluación del tiempo real individual empleado en un determinado trabajo con relación al tiempo standard para el mismo. Así puede resultar que para una incrustación se necesita más tiempo del que se creía necesario. Esto es de mucho valor para el análisis de la productividad, para asignar el tiempo necesario para cada sesión (agenda) y también para el cálculo racional de honorarios. Todos creemos saber el tiempo que nos insumirá una determinada tarea (tiempo standard mental), pero es un valor empírico. Cuando se comparan los tiempos empleados realmente en ejecutar una maniobra con el tiempo standard de la misma, la mayoría de las veces no coinciden.

Luego se registra el tratamiento realizado siempre en código) así como las anotaciones complementarias que se necesiten.

Por último se encuentran las tres columnas de la contabilidad, lo que por razones ergonómicas conviene llevarlas en la misma ficha.

Al terminar una sesión clínica se programa lo que se realizará en la próxima y se anota en la columna correspondiente pero en el renglón siguiente, sin fecha y con el tiempo previsto para esa tarea tiempo programado). Esto tiene la ventaja de que el profesional tiene en la ficha lo que deberá hacer en esa próxima sesión.

Para los tratamientos prolongados en que no alcanzan los renglones, se usa una hoja complementaria similar, en la que se anotan: nombre, número de ficha y número de hoja para el caso que se usase más de una). La hoja es de la mitad de tamaño de la ficha y tanto el anverso como el reverso sirven para anotar solo el curso del tratamiento ya que la historia clínica y el plan de tratamiento figuran en la ficha original.

### III — ARCHIVO

Cada ficha se guarda en un sobre de papel manila de 26 x 18 cm. en el que se incluyen las radiografías, análisis, etc. En su parte externa están escritos los datos patronímicos. Se anota el horario en que puede ser asistido. Estos datos figuran aquí para no tener que sacar la ficha del sobre, lo que simplifica el manejo cuando la asistente tiene que combinar una cita.

Conviene dividir el archivo en dos ficheros. Uno, más chico para los pacientes que están en actividad, y otro PASIVO en el que se archivan las fichas de los pacientes que actualmente no están en asistencia. Lógicamente ambos archivos difieren de tamaño y ocupan muebles diferentes.

A cada paciente le corresponde un número que figura en un recuadro destacado contra el ángulo superior derecho del sobre, para facilitar la búsqueda.

En el archivo pasivo las fichas se ordenan numéricamente. Esto requiere el uso de un índice auxiliar, con entrada alfabética, donde junto al nombre del paciente figura el número de ficha que le corresponde. Ese número se emplea también para los modelos de estudio y

para todo lo que se deba archivar afuera del sobre, como radiografías grandes, teleradiografías, fotos, registros gráficos, mordidas, etc. Ese índice auxiliar sólo se usa para la búsqueda del número del paciente, en oportunidad de su reingreso a la asistencia activa. Para ello se usa un archivador con hojas intercambiables, lo que permite agregar hojas, o mejor un pequeño fichero rotativo de escritorio. La numeración de los pacientes en su correspondiente ficha permite la ordenación numérica del archivo, lo que reduce la posibilidad de errores de ubicación en un fichero grande, así como abrevia la operación de guardarlas. Es mucho más rápido, sencillo y seguro intercalar una ficha numerada entre una serie numérica que intercalar un apellido entre una serie alfabética en un archivo grande. El fichero activo, en cambio, se ordena alfabéticamente, ya que es menor el número de fichas y se evita una frecuente doble búsqueda.

#### IV — RESUMEN

Se propone una ficha clínica para la práctica odontológica, concebida con enfoque ergonómico, en la que se busca el registro gráfico completo y simple de las patologías y sus tratamientos. Permite planificar racionalmente el tratamiento sesión por sesión con sus tiempos correspondientes, así como analizar la propia productividad, lo que puede ser el primer paso para mejorarla.

#### SUMMARY

An ergonomic clinical chart for general dental practice is suggested in which all pathologies and treatment plans are graphically registered. It allows the rational planning of each clinical session with its times as well as to analyze the own productivity.