

**PROGRAMA PARA LA FORMACIÓN
DE PROFESORES NOVELES EN
ODONTOLOGIA INTEGRADA
DE ADULTOS**

CURSO 2004-05

MEMORIA FINAL

**“AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS EN
ODONTOLOGÍA INTEGRADA DE ADULTOS.
UN PASO EN EL CONTROL DE CALIDAD”**

**DRA. MARIA DEL PILAR MARTÍN GARCÍA
DR. JOSÉ VICENTE RÍOS SANTOS**

TÍTULO:

“AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS EN ODONTOLOGÍA INTEGRADA DE ADULTOS.
UN PASO EN EL CONTROL DE CALIDAD”.

PARTICIPANTES:

Martín García, M^a del Pilar (Novel)* ; Ríos Santos, José Vicente (Mentor)**

(*) Profesora Asociada

(**) Profesor Titular

DEPARTAMENTO, FACULTAD Y UNIVERSIDAD.

Departamento de Estomatología.

Facultad de Odontología.

Universidad de Sevilla.

Dirección de contacto: jvrios.@us.es Tfno 954481121

José V. Ríos Santos

Prof. Titular de Odontología Integrada de adultos.

Facultad de Odontología.

C/ Avicena s/n 41009 SEVILLA.

RESUMEN: La asignatura de Odontología Integrada de Adultos, que se imparte en 5º curso de la Licenciatura de Odontología, es una disciplina destinada a enfrentar al alumno con los pacientes, en las condiciones habituales de la clínica odontológica general.

Hemos constatado algunos problemas en el manejo de las historias clínicas, en particular los datos relativos al historial médico de los pacientes. Esto repercute en la calidad de la asistencia bucodental que suministramos, en nuestra actividad científica y puede tener consecuencias médico-legales.

Para asegurarnos que nuestros alumnos rellenan el apartado de “Historia Médica” de los expedientes dentales, lo actualizan, comprenden e interpretan correctamente (con la ayuda de los profesores), hemos realizado una Auditoría de los datos consignados en este apartado, utilizando CRITERIOS de CALIDAD preestablecidos. Esto formaría parte de un proceso de investigación-reflexión, por el que se intenta comprobar los logros conseguidos en el proceso de enseñanza-aprendizaje (EVALUACIÓN).

ABSTRACT: The “Comprehensive Dentistry for Adults” Subject, of 5º course of Odontology Degree, is a designed discipline to put students to patients, in the habitual conditions of general odontologic clinical.

We have observed some problems in the patient records’ working, specially the documentation about health history. It could have repercussions on quality care, on our scientific activitic and legal consequences.

In order to make sure if ours students complete the health history form, into dental records; if they correctly update, comprise and interpret it (with assist of teachers), we have executed an Audit system for documentation in oral health record- keeping by means of pre-established QUALITY CRITERIA. This forms a part of reseach-reflection process, (EVALUATION).

1. INTRODUCCIÓN.

La Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, como centro de enseñanza que, a su vez, proporciona un servicio de asistencia buco-dental, está comprometida tanto en la calidad de la educación como en la calidad de la atención sanitaria que presta. (Ríos y otros, 1998)

La asignatura “Odontología Integrada de Adultos” (O.I.A.), que se imparte en 5º curso de la Licenciatura de Odontología, tiene una carga lectiva considerable (210 horas prácticas y 20 horas de teoría), debiendo el alumno integrar todos los conocimientos que ha ido adquiriendo en su formación curricular (López y otros, 1995).

La experiencia, como profesores supervisores del trabajo clínico, nos ha demostrado un gran número de problemas en el manejo de los expedientes dentales; en particular, los datos relativos al historial médico. Todo esto repercute en la duración del tratamiento proporcionado, así como en la conveniencia del mismo.

Como es ampliamente reconocido, el mantenimiento de los expedientes dentales completos y correctos, es un elemento esencial de la asistencia al paciente. (Hand y Reynolds, 1984). Proporciona documentación permanente del tratamiento, constituye los cimientos para un diagnóstico cuidadoso y plan de tratamiento.

Además, en marcos donde varios prácticos proporcionan asistencia, la continuidad de los cuidados depende de la comunicación entre proveedores facilitada por el expediente dental. (Oberbrecking, 1993).

Otro factor muy importante, es la responsabilidad que tenemos como educadores, en el desarrollo de las habilidades del alumno para realizar buenos expedientes; responsabilidad incrementada, muchas veces, porque el alumno incorpora de forma casi automática el tipo de

registro usado en la licenciatura y lo copiará como modelo para su posterior ejercicio profesional.
(Chasteen y otros, 1996)

Los problemas en las historias clínicas también pueden perjudicarnos en nuestra actividad científica, puesto que podemos obtener conclusiones erróneas si utilizamos los expedientes como fuente de datos en nuestras investigaciones.

Le añadimos, la obligación de la Facultad y de los profesores encargados de tutelar las actuaciones clínicas, de controlar todas las áreas que supongan riesgos; y está demostrado ampliamente el papel de la historia clínica en confrontaciones médico-legales. (Pollack y Waldman, 1982).

Para asegurarnos que nuestros alumnos rellenan el apartado de “HISTORIA MÉDICA”, lo actualizan, comprenden e interpretan correctamente con los profesores todo su contenido; nos proponemos realizar una AUDITORÍA de los datos consignados en este apartado tan importante de las historias clínicas, utilizando unos CRITERIOS DE CALIDAD preestablecidos.

1.A PROCESO DE CONSTITUCIÓN DEL EQUIPO.

El equipo actual de trabajo se ha visto reducido al Prof. Mentor Dr. Ríos y a la profesora asociada Dra. Martín. Aunque es el segundo año en que participa esta profesora novel, ha sido en este curso actual cuando se ha iniciado el proyecto de “Control de Calidad en O.I.A”, haciendo una evaluación del grado de cumplimentación de los expedientes dentales. Proyecto que, a buen seguro, tendrá una continuidad en cursos sucesivos.

1.B OBJETIVOS DEL EQUIPO.

1º. - Medir el nivel de cumplimentación de la historia médica de Odontología Integrada de Adultos, a final del primer trimestre del curso 2004-05 utilizando para dicho análisis criterios y estándares de calidad establecidos.

2º. - Analizar, al final del tercer trimestre, el grado de cumplimiento de los mismos criterios y estándares de calidad; y compararlo con los resultados obtenidos anteriormente.

Mientras que los objetivos anteriores son los logros que se esperan alcanzar, los FINES que propusimos son abstractos, amplios y mediatos. Los sintetizamos en:

- Instruir a los alumnos en la tarea de elaborar buenos expedientes dentales.
- Favorecer el trabajo en equipo de profesores, alumnos y personal auxiliar.
- Minimizar los factores de riesgo presentes en las historias clínicas.
- Fundamentar las decisiones relativas al aprendizaje de este tema tan crucial.
- Mejorar la calidad de la enseñanza.
- Incrementar el nivel de calidad asistencial de la asignatura Odontología Integrada de Adultos en esta Facultad.

2. DESARROLLO.

2.A. TEMAS/ TÓPICOS.

El control de calidad se refiere a la evaluación o medición de juicios acerca de la calidad del servicio y a la elaboración de los cambios necesarios ya sea para mantener o para mejorar la calidad de la atención proporcionada.

La adopción de un sistema de Control de Calidad Asistencial presenta unas considerables VENTAJAS de todo orden, que revierten en:

- los mismos profesionales que lo aplican (estudiantes y profesores)
- la administración
- los órganos de gobierno y dirección
- los usuarios (pacientes).

En suma, el control de calidad es necesario, posible y beneficioso. (Vuori, 1987).

La Historia Clínica es el soporte de la información generada por un equipo sanitario en su práctica asistencial sobre un enfermo; siendo vehículo para la transmisión de información tanto en el espacio como en el tiempo.

La industria de la salud ha aceptado el AUDIT de expedientes como un sistema útil. Así, muchos sistemas de tasación y garantía de calidad han usado el expediente dental como fuente de datos. (Gill y Howell, 1983).

Las posibilidades de evaluación de la asistencia dental mediante el uso de expedientes dentales son muy extensas. Se puede examinar el proceso completo de la atención de un paciente, o bien, revisar sólo una etapa o elemento del proceso. Puede dirigirse la revisión a todos los pacientes de un centro o a los que se asiste en un área o una determinada asignatura.

Algunos centros de enseñanza comienzan a aplicar programas de garantía de calidad. Unos incluyen los conceptos de calidad en el curriculum de Odontología (Marcus, 1990). Otros han dirigido sus esfuerzos a proteger los recursos de la institución debido a las acciones legales relacionadas con la asistencia de pacientes (Pollack y Waldman, 1982).

En los centros de enseñanza de Odontología, una revisión de expedientes dentales puede utilizarse para funciones de garantía de calidad, gestión de riesgos y evaluaciones académicas. (Chasteen y otros, 1996).

2.B. PROCEDIMIENTOS.

El método que usamos fue el Audit, el cual se aplica al estudio de un problema asistencial que se haya detectado previamente. Sus principios básicos son:

? Un análisis sistemático de algún aspecto, clínico o administrativo, de la actividad asistencial.

? Una comparación de los resultados de dicho análisis con una serie de criterios o estándares establecidos internamente o adaptados de una fuente externa.

? Una intención de evaluar la calidad asistencial (considerando su efectividad y eficiencia) con el propósito de mejorar las deficiencias que puedan remediarse. (Marquet y Guarga, 1988).

Dentro de las ÁREAS PROBLEMÁTICAS DE TRABAJO, sin duda, la principal y más difícil tarea ha sido la elaboración de los CRITERIOS DE CALIDAD.

Una de las definiciones de CRITERIOS es la siguiente: “elementos identificables de la atención sanitaria utilizados para juzgar lo apropiado de ésta” (Friedman, 1986). Son directrices que enuncian lo que los odontólogos deben o no hacer.

Diversos autores recomiendan la utilización de criterios explícitos y normativos. De esta forma, utilizando la bibliografía científica (Oberbrecking, 1993), (Vehkalahti y otros, 1992) (Rasmusson y otros, 1994) (Helminen y otros,1998) y llegando a un consenso entre los profesionales implicados en el estudio de garantía de calidad, se describieron SEIS criterios referentes a los contenidos que debe tener una buena HISTORIA MÉDICA dentro de un expediente dental, que son los siguientes:

CRITERIOS DE CALIDAD

B.1.- Existe información suficiente acerca del estado de salud del paciente.

Señale **SÍ**, si están presentes datos positivos o negativos referentes a la salud del paciente (si está bajo cuidado médico, si toma fármacos, si ha sufrido enfermedades, si tiene antecedentes quirúrgicos o de radiación, si está embarazada, si fuma, si toma drogas, si tiene o ha tenido desórdenes de la alimentación, si requiere asesoramiento psicológico).

Señale **NO**, en caso contrario.

B.2.- Existe confirmación del paciente de la veracidad de los datos de su historia medica.

Señale **SÍ**, si constan el nombre y la firma del paciente al final de los datos acerca de su salud.

Señale **NO**, si falta el nombre o la firma del paciente en el apartado de datos de salud.

B.3.- Existe constancia del día en que se realizó la historia médica.

Señale **SÍ**, si está escrita la fecha.

Señale **NO**, si no consta la fecha.

B.4.- Existe información acerca de factores que influenciarían el plan de tratamiento o el modo en que éste sería suministrado.

Señale **SÍ**, si constan datos positivos o negativos referentes a alergia o sensibilidad a anestésicos, a fármacos, alteraciones en coagulación, alteraciones cardíacas, embarazo, etc.

Señale **NO**, en caso contrario.

B.5.- Hay evidencia de que la historia médica ha sido revisada por el Odontólogo, delante del paciente.

Señale **SÍ**, si hay anotaciones aclaratorias acerca de los procesos que sufre el paciente o consta la firma del dentista al final del apartado de historia médica.

Señale **NO**, si no existen aclaraciones acerca de las enfermedades del paciente y no aparece la firma del Odontólogo.

B.6.- Los datos registrados en la historia médica son actualizados periódicamente.

Señale **SÍ**, si hay evidencia de actualización al comienzo de cada nuevo curso de tratamiento o anualmente.

Señale **NO**, si no se ha realizado aporte de nuevos datos o reconocimiento de la persistencia del estado anterior de salud, al comenzar un nuevo curso de tratamiento o al transcurrir un año desde la fecha de la última historia médica.

Después de consensuar el contenido de los criterios de calidad, comenzamos la FASE DE EVALUACIÓN (o AUDIT INICIAL):

Muestra: se revisaron 50 Historias Clínicas obtenidas aleatoriamente de entre todos los pacientes que recibieron asistencia en O.I.A. en el primer trimestre del curso 2004-2005; eligiéndolas por sorteo de las planillas de trabajo.

Instrumento: el instrumento de la revisión fue diseñado para evaluar la presencia y suficiencia de 6 elementos de la HISTORIA MÉDICA. Se registra como PRESENTE o POSITIVO, la constancia en la Historia de cada uno de los criterios.

El **profesional que realiza la recogida de datos** de las Historias es la profesora asociada de la asignatura O.I.A. autora de este trabajo, a la cual se le entrenó durante dos días para el uso del instrumento de revisión. Las sesiones de **calibración** estaban dirigidas a la clarificación de los criterios, así como al protocolo para realizar las revisiones.

La **fiabilidad** del examinador se midió al final del periodo de entrenamiento y en el ecuador del proceso de la revisión, estableciéndose en ambos momentos una homogeneidad en la evaluación de criterios superior al 90%, tomando muestras duplicadas de 10 expedientes con dos días de separación.

Fruto de esta FASE INICIAL, se obtuvieron unos **ÍNDICES** (grado de aplicación de los distintos criterios en nuestra unidad de análisis asistencial).

Tras la evaluación primera, en que se analizaron los hallazgos encontrados, fueron propuestas como **medidas correctoras** refuerzos teóricos en el Tema de Historia Clínica y realización de un Seminario sobre cómo rellenar los expedientes de pacientes.

En el tercer trimestre (segunda quincena de mayo de 2005), se realizó la FASE DE REEVALUACIÓN o SEGUIMIENTO (también llamada *Audit Postcorrección*), utilizándose como **muestra 70 expedientes dentales**.

El **Instrumento** utilizado en la Fase de REEVALUACIÓN es el mismo que en la primera. Evaluamos el grado de cumplimiento de los mismos 6 criterios de calidad anteriormente descritos.

La **recogida de datos** fue realizada por la misma profesora asociada que llevó a cabo la 1ª Fase. Se realizó igual periodo de entrenamiento (dos días) e idénticas mediciones de fiabilidad, al

finalizar el adiestramiento y en el ecuador de la reevaluación (en ambos casos se superó el 95% de homogeneidad).

Se obtuvieron nuevos **ÍNDICES**, que nos indicaron mediante la comparación con los obtenidos en la Fase de Evaluación, si las medidas correctoras que utilizamos para mejorar la asistencia obtuvieron fruto (índices superiores) o, por el contrario no se consiguieron los resultados esperados (índices no mejorados o más bajos).

.

2.C. RECURSOS UTILIZADOS.

? Tanto en la elaboración de los criterios como en el diseño del Instrumento de la revisión, actuaron el Prof. D. J.V. Ríos, mentor, y la profesora asociada M^a Pilar Martín García.

? Esta misma Prof. Asociada recogió los datos en las dos revisiones, después de un periodo de entrenamiento de dos días para el uso del instrumento de la revisión.

? En el análisis de los hallazgos, intervinieron ambos profesores, así como el resto de la plantilla de profesores de la asignatura.

? Los seminarios, la clase teórica, la puesta en común de los resultados con los alumnos y otras medidas correctoras fueron llevados a cabo por la profesora asociada M^a Pilar Martín García.

Análisis de la Primera Fase

La reunión entre los profesores comprometidos en el ciclo de garantía de calidad para analizar los resultados de la FASE DE EVALUACIÓN o AUDIT INICIAL, tuvo lugar a finales del mes de Enero de 2005.

En nuestro Audit Inicial, nos encontramos que los índices de cumplimiento de cinco criterios (**B-1,B-2,B-3,B-4,B-5**) pueden considerarse aceptables; salvo en el criterio **B-6** que solo alcanza un 48%. (**Tablas 1 a 6**).

Esto significa que se recogen, en los expedientes, correctamente los datos referentes a la salud del paciente, consta su firma corroborando tales datos y la fecha en que se realizó la encuesta médica, están registrados los factores médicos que influenciaron el plan de tratamiento y, por último, que la historia es revisada por el estudiante ante el paciente, incluyendo las anotaciones aclaratorias pertinentes acerca de los procesos que éste sufre.

Estos datos, sin embargo, no son actualizados periódicamente, sólo en 48% de las historias hallamos una puesta al día con cada nuevo curso de tratamiento o anualmente. Por tanto, podemos estar apoyándonos en datos de salud caducos, con la trascendencia que tiene para el desarrollo de la asistencia. Además, como dice Chasteen (1996), estos datos también son necesarios para la protección del estudiante proveedor, en el caso de que el paciente adquiriera una enfermedad infecciosa que no esté registrada en el historial anterior.

Consideramos que, en conjunto, los índices de cumplimiento de los criterios de calidad del apartado Historia Médica son aceptables, incluso superiores a los resultados obtenidos por otros estudios, (García Torres, 2003); (Helminen y otros, 1998). Pero hay que insistir en la actualización correcta del historial médico.

En esta reunión para analizar la situación inicial, perfilamos las **medidas correctoras**, que consistieron en refuerzos teóricos en el Tema dedicado a la Historia Clínica, realización de un Seminario sobre cómo rellenar los expedientes dentales y mayor apoyo a los alumnos en el desarrollo de sus créditos prácticos sobre este tema fundamental.

2.D.RESULTADOS.

En la segunda quincena del mes de mayo, procedimos a efectuar la SEGUNDA REVISIÓN O REEVALUACIÓN, sobre las historias de los pacientes que acudieron a las prácticas clínicas en el 2º y 3º trimestre del curso 2004-05. Se realizó un sorteo y se eligieron 70 expedientes dentales para su estudio. La muestra se amplió de 50 de la 1ª Revisión hasta 70, debido al mayor número de pacientes tratados en nuestra asignatura durante estos dos trimestres respecto al 1º trimestre.

Los datos se analizaron y compararon mediante el programa informático SPSS y se valoró una significación estadística de $p < 0,05$. Se utilizó el test de la *t* Student y tablas de contingencia (Chi-cuadrado) entre los grupos de estudio (Audit Inicial frente a Audit de Seguimiento).

Los resultados de la fase de Reevaluación revelan, como en otros estudios (Hand y Reynolds, 1984), una tendencia a mejorar en todos los parámetros.

El **Criterio B.1** trata de la presencia de información, en el expediente dental, acerca del estado de salud del paciente. Su cumplimiento (**Tabla 1**) alcanza la cifra de 100% en la Reevaluación, que queremos resaltar aunque la diferencia no sea significativa (94% en Fase Inicial).

El **Criterio B.2** se refiere a la constancia de la firma del paciente en la encuesta de salud. Se cumple positivamente en 88% de los expedientes de la Fase de Evaluación, frente al 98,6% de la 2ª Fase (**Tabla 2**); siendo la diferencia estadísticamente significativa.

La valoración del **Criterio B.3** se refleja en la **Tabla 3**; se trata de la constancia de fecha en que se realizó la historia médica. Conseguimos llegar al 100% de cumplimiento en la Reevaluación, (en la Fase Inicial: 92%), siendo la diferencia significativa.

El **Criterio B.4** hace alusión a factores médicos que pudieran influir en el plan de tratamiento. Está bien cumplimentado en el 88% de las historias revisadas en la 1ª Fase y en el 98,6% de los expedientes de la 2ª Fase del Audit (**Tabla 4**), siendo también significativa.

El **Criterio B.5** se refiere a la constatación de que la historia médica del paciente haya sido revisada por el odontólogo. Se cumple positivamente en el 88% de los casos de la Fase Inicial y en el 97,1% de las historias de la Fase de Seguimiento (**Tabla 5**).

El **Criterio B.6** alude a la actualización de los datos contenidos en la historia médica. Están correctamente actualizados en el 48% de los expedientes de la 1ª Fase, frente al 98,6% de las historias de la 2ª Fase (**Tabla 6**), siendo la mejora estadísticamente significativa.

Por tanto, los expedientes revisados en esta Fase de Seguimiento o Reevaluación recogen adecuadamente todos los datos referentes a la Historia Médica de los pacientes, habiéndose producido un aumento en el cumplimiento de todos los criterios de calidad, siendo estadísticamente significativas en **B.2, B.3, B.4 y B.6**. Con lo cual también se actualizan correctamente (criterio B.6) las encuestas médicas, que era el valor más deficiente en la 1ª Evaluación.

2.E. DIFICULTADES Y PROBLEMAS.

Aunque los resultados de nuestro ciclo de garantía de calidad son ampliamente satisfactorios, no tenemos que ocultar los problemas que en su transcurso ocurrieron.

La motivación al resto de profesores de la asignatura para colaborar en este proyecto, debió de ser más insistente, incidiéndoles sobre la tarea de enseñar a los alumnos cómo se confecciona una buena historia clínica.

Tampoco incluimos ninguna medida correctora que nos protegiera frente a los problemas de actitud de los alumnos.

3. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA.

En los expedientes dentales revisados en la 1ª fase de nuestro Audit de Evaluación, había un grado de cumplimentación adecuado en 5 de los 6 criterios de calidad referentes al apartado de HISTORIA MÉDICA. Alcanzando el criterio B.6 un índice insatisfactorio (48%).

Tras las medidas correctoras, en nuestra 2ª Revisión o Audit de Seguimiento, todos los índices de cumplimiento de los seis criterios de calidad fueron mejorados, alcanzando diferencias significativas en cuatro de ellos y la cifra de 100% en dos de los criterios evaluados.

Aunque la presente auditoría ha permitido elevar el nivel de calidad en nuestras historias clínicas, tendemos que seguir investigando para asegurar que las mejoras no sean transitorias. Nuestro propósito es no interrumpir las revisiones, además de ampliar las auditorías a todos los demás apartados de los que consta un expediente dental completo.

Frente a los problemas de actitud de algunos alumnos, creemos que se puede mejorar si ellos reciben informes individuales de las revisiones, de forma trimestral, lo que permitiría valorar la progresión del alumno. A este respecto, diferentes autores (Chasteen y otros, 1996) (Schoen, 1989) coinciden en la importancia que tiene en los estudios de control de calidad el mejorar los mecanismos de ***Retroalimentación***. Una posibilidad es que los resultados del audit tengan repercusión en la calificación del alumno o en el reparto de *casos clínicos* interesantes.

Consideramos que este tipo de trabajo estático de garantía de calidad debe continuarse con un proceso dinámico y permanente, basado en la retroalimentación.

Pensamos que es esencial que las Facultades de Odontología desarrollen sistemas de revisión de los expedientes dentales, que sirvan de ayuda a los estudiantes para lograr la competencia de registrar correctamente los pasos de la asistencia; a los profesores, a identificar y responder ante problemas en la educación; a los administradores clínicos, a prevenir y corregir conflictos, al

tiempo que aseguren la calidad del servicio, favorezcan las relaciones con el cliente y protejan contra la vulnerabilidad legal.

4. BIBLIOGRAFÍA.

? CHASTEEN JE, CAMERON CA, PHILIPS SL (1996). An audit system for assessing dental record keeping. **J Dent Educ**, **60**, **12**, 978-986.

? FRIEDMAN JW, (1986). Elaboración de criterios y estándares en la atención dental. En: **Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Control de calidad.** BURAKOFF RP, DEMBY NA. Madrid, Interamericana.

? GARCÍA-TORRES, MD (2003). **Registro informatizado de la actividad asistencial en la asignatura Odontología Integrada de Adultos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada. Evaluación de su utilidad.** (Tesis doctoral) Granada.

? GILL JG, HOWELL RM (1983). Records audit: a useful tool in quality assessment for the dental practitioner. **J Nebr Dent Assoc**, **60**, **2**, 12-14.

? HAND JS, REYNOLDS WE. (1984). Dental record documentation in selected ambulatory case facilities. **Public Health Rep**, **99**, **6**, 583-590.

? HELMINEN SE y otros, (1998). Quality evaluation of oral health record-keeping for Finnish young adults. **Acta Odontol Scand** **56**, **5**, 288-292.

? LÓPEZ M y otros. (1995) Coordinación en la clínica dental integrada: un reto docente. **Arch Odontoestomatol**, **11**, 569-577.

? MARCUS M (1990). Trends in quality assurance in the dental profession. **J Dent Educ**, **54**, 224-227.

- ? MARQUET R, GUARGA A (1988). Evaluar la asistencia: el audit médico. **Aten Primaria** **5**, 552-558.
- ? OBERBRECKING PJ (1993). The components of quality dental records. **Dent Econ** **83**, **5**, 29-38.
- ? POLLACK BR, WALDMAN HB (1982). A risk management program for dental schools. **J Dent Educ** **46**, 93-96.
- ? RASMUSSEN L y otros, (1994) Quality evaluation of patient records in Swedish dental care. **Swed Dent J** **18**, **6**, 233-241.
- ? RÍOS JV y otros. (1998). Control de calidad asistencial como parte imprescindible del proceso educativo en odontología integrada de adultos. **Revista de enseñanza Universitaria. Extraordinario**, 611-612.
- ? RÍOS JV, SÁNCHEZ A, CÁCERES L. (1995). Control de calidad, en **Manual de Odontología**. JJ ECHEVARRÍA, E CUENCA. Barcelona, Masson-Salvat.
- ? SCHOEN MH, (1989). A quality assessment system: the search for validity. **J Dent Educ** **53**, **11**, 658-669.
- ? VEHKALAHTI M, RYTOMAA I, HELMINEN S, (1992). Assessment of quality oral health care on the basis of patient records. **Community Dent Oral Epidemiol** **29**, **2**, 102-105.
- ? VUORI H, (1988). Control de calidad en atención primaria. **Control Calid Asist** **3**, 60-63.

5. TABLAS

B. 1 (SALUD)

GRUPO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
INICIAL	No	3	6,0
	Sí	47	94,0
	Total	50	100,0
SEGUIMIENTO	No	0	0,0
	Sí	70	100,0
	Total	70	100,0

(No Diferencia Significativa: $p=0,070$)

Tabla 1. Cumplimiento del Criterio B.1 (salud).

B. 2 (FIRMA)

GRUPO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
INICIAL	No	6	12,0
	Sí	44	88,0
	Total	50	100,0
SEGUIMIENTO	No	1	1,4
	Sí	69	98,6
	Total	70	100,0

(Diferencia Significativa: $p=0,020$)

Tabla 2. Cumplimiento del Criterio B.2 (firma).

B. 3 (FECHA)

GRUPO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
INICIAL	No	4	8,0
	Sí	46	92,0
	Total	50	100,0
SEGUIMIENTO	No	0	0,0
	Sí	70	100,0
	Total	70	100,0

(Diferencia Significativa: $p=0,028$)

Tabla 3. Cumplimiento del Criterio B.3 (fecha).

B. 4 (ALERGIAS)

GRUPO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
INICIAL	No	6	12,0
	Sí	44	88,0
	Total	50	100,0
SEGUIMIENTO	No	1	1,4
	Sí	69	98,6
	Total	70	100,0

(Diferencia Significativa: $p=0,020$)

Tabla 4. Cumplimiento del Criterio B.4 (alergias).

B. 5 (REVISADO)

GRUPO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
INICIAL	No	6	12,0
	Sí	44	88,0
	Total	50	100,0
SEGUIMIENTO	No	2	2,9
	Sí	68	97,1
	Total	70	100,0

(No Diferencia Significativa: $p=0,066$)

Tabla 5. Cumplimiento del Criterio B.5 (revisado).

B. 6 (ACTUALIZADO)

GRUPO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
INICIAL	No	26	52,0
	Sí	24	48,0
	Total	50	100,0
SEGUIMIENTO	No	1	1,4
	Sí	69	98,6
	Total	70	100,0

(Diferencia Significativa: $p<0,0005$)

Tabla 6. Cumplimiento del Criterio B.6 (actualizado).