



Diseño de un formato de evaluación historia clínica para el posgrado de periodoncia de UNICOC-Sede Bogotá (Fase I)

Castro D., Aguinaga C*
Díaz E**.
Suarez A***
Ibáñez E****.

RESUMEN

OBJETIVO: Diseñar un formato de evaluación de historia clínica para el posgrado de periodoncia de las clínicas odontológicas de UNICOC- Sede Bogotá, como primera fase de un estudio de validez y confiabilidad del instrumento. **MÉTODO:** Se realizó una búsqueda de la literatura que incluyó la identificación de formatos de historias clínicas disciplinares, con la autorización de diferentes entidades locales, con el fin de estructurar una matriz comparativa que permitiera seleccionar los ítems comunes para el diseño del formato. Se realizó un instrumento para ser evaluado por 10 expertos, según el modelo de Escobar y Cuervo (2008), los cuales debían cumplir con características relacionadas con experiencia académica en el área. Se analizaron 28 ítems distribuidos en cuatro categorías, bajo parámetros de suficiencia, calidad, coherencia y relevancia, en escala de 1 a 4: No cumple, bajo nivel, medio y alto nivel. Se agruparon las categorías de bajo y medio nivel, eliminando el criterio no cumple, con el fin de facilitar el análisis de validez de apariencia. **RESULTADOS:** Se establecieron los parámetros definidos en la fase anterior del estudio. Se identificaron los ítems de mayor y menor relevancia frente al juicio de expertos. Diez (10) expertos aceptaron analizar el formato (100%), los porcentajes superiores al 50% en la categoría bajo indican que los ítems deben ser analizados para modificación. Los ítems que obtuvieron un porcentaje menor al 50% en esta categoría se mantienen en el formato. **CONCLUSIONES:** El análisis del juicio de expertos sugiere realizar una fase de repueba al formato de evaluación de historia clínica, con las modificaciones sugeridas por los participantes y posteriormente, ser sometido a pruebas estadísticas que permitan identificar la validez y confiabilidad de los ítems incluidos en las categorías propuestas. **Palabras clave:** Historia clínica, validación, índices periodontales, factores de riesgo

AIM: To design a medical record format for the postgraduate program in periodontics at *Institución Universitaria Colegios de Colombia* (Unicoc) in Bogotá, Colombia, as a first-phase of a study needed for validation and reliability of the instrument. **METHOD:** A comprehensive literature search was performed in order to identify similar medical records and to develop a comparative matrix that allowed the identification of common items. A format was developed in order to be evaluated by ten experts, according to the model proposed by Escobar and Cuervo. 28 items in 4 different categories were analyzed under the following categories: sufficiency, quality, coherence, and relevance. In a 1 to 4 scale: Did not comply, low, medium, and high level. In order to facilitate the validity of appearance analysis, medium and low level categories were grouped, and the "did not comply" item was eliminated. **RESULTS:** The parameters defined in the previous phase of the study were established. Major and minor relevant items were identified according to the experts' judgment. 10 experts agreed to analyze the format. Percentages higher than 50% in the low category indicated that the items needed to be modified. Items that obtained a percentage lower than 50% in this category were maintained in the format. **CONCLUSION:** It was the experts' opinion that another test to the medical record format should be performed including the suggested modifications. Subsequent to this, it should be subjected to a statistic analysis that would verify its validity and confidentiality of the items included in the proposed categories.

Key words: medical record, clinical record, validation, periodontal indexes, risk factors.

*Odontólogos residentes del Posgrado de Periodoncia. UNICOC-Bogotá** Odontólogos, Especialistas en Periodoncista Asesores científicos: *** Odontóloga Especialista en Epidemiología U. El Bosque. Asesora metodológica. **** Epidemiólogo clínico-Bioestadística.

INTRODUCCIÓN

La historia clínica es un documento médico-legal que contiene información completa del paciente; la cual no sólo comprende datos clínicos relacionados con su situación personal y sistémica y su evolución clínica, además, incluye documentación diagnóstica complementaria, procedimientos y el consentimiento informado del paciente^(1,2); posee características como la integralidad, secuencialidad, racionalidad, disponibilidad y oportunidad. Se encuentra respaldada a través de diferentes ejes normativos en el territorio nacional e internacional ⁽³⁾. Dada su relevancia es reconocida como un derecho del paciente y como un deber - derecho del médico ⁽¹⁻⁴⁾.

En Colombia, la Resolución 1995 de 1999 en su Artículo 1ro, define la historia clínica como un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención ⁽³⁾.

Este documento se considera como el único válido desde el punto de vista clínico-legal y representa el principal documento en el sistema de información hospitalaria,

imprescindible en sus vertientes asistencial y administrativa ⁽⁵⁻⁷⁾.

Es indispensable cuando se requiere prestar una asistencia médica de calidad ⁽⁴⁾ y aunque no existe un modelo único, debe caracterizarse por su veracidad, exactitud, claridad, rigurosidad y exhaustividad; que sea accesible, organizada, confidencial, segura y legible ^(2,3).

La historia clínica debe ser coherente con las necesidades específicas, que requieren las diferentes ramas de la salud y contemplar características generales del individuo, de su núcleo familiar, su entorno laboral y social, como determinantes del proceso salud-enfermedad ^(8,9).

La odontología, como rama importante de las ciencias médicas, tiene implicaciones científicas, éticas y un compromiso importante frente a riesgos legales, razón por la cual la historia clínica es uno de los documentos clave en el proceso de acercamiento en una relación directa entre el profesional y el paciente, y se convierte en un elemento fundamental durante el desarrollo de la atención ⁽⁵⁻⁸⁾. Los datos de la historia clínica odontológica, resultan relevantes para identificar los problemas

potenciales de salud y su compromiso en el tratamiento dental ^(7,10, 11).

Los pacientes usuarios de la consulta odontológica pueden presentar una variedad de condiciones médicas y clínicas que deben ser incluidas en la historia. Dichas condiciones pueden requerir de la participación de una o varias disciplinas en el diagnóstico, pronóstico, y tratamiento integral ^(4, 8, 12).

Conocedores de la importancia de la historia clínica y de la necesidad de analizar características especiales según la rama de atención; en el año 2013 realizaron un estudio denominado “*Caracterización de los usuarios de las clínicas de posgrado de periodoncia de UNICOC Centro - sede Bogotá*”, evidenciando la necesidad de incluir en los formatos clínicos, información relacionada con hábitos, que pueden convertirse en factores de riesgo o en un factor protector para la salud. Dicha investigación planteó también la necesidad de incluir indicadores relacionados con el índice de O’Leary (índice de placa), índice INTCP (índice de necesidad de tratamiento periodontal comunitario, hábitos parafuncionales, historia de enfermedad periodontal familiar, tratamiento y prevención de las enfermedades y sintomatologías asociadas ⁽⁶⁾.

Se considera relevante, incluir, aquellos hallazgos de importancia no evidenciados en la historia clínica actual, de UNICOC Sede Bogotá, para orientar y facilitar un diagnóstico pertinente y, así mismo, determinar un tratamiento y seguimiento adecuado en la evolución de enfermedad periodontal estandarizando diferentes criterios ^(4-6, 8, 9).

A partir de las sugerencias aportadas por el mencionado estudio, se decidió llevar a cabo la presente investigación con el fin de actualizar el formato institucional respondiendo a las necesidades científicas evidenciadas, especialmente en esta área. El presente estudio comprende 3 fases: Diseño, implementación y evaluación, de las cuales se realizó la fase I correspondiente a diseño. Su alcance se relaciona con el planteamiento de las especificaciones disciplinarias integrales, acorde a las necesidades de la población usuaria de las clínicas del posgrado de Periodoncia de Unicoc Sede Bogotá, teniendo en cuenta las sugerencias contenidas en el estudio “*Caracterización de los usuarios de las clínicas de posgrado de Periodoncia de Unicoc centro - Sede Bogotá*”. El objetivo de la presente investigación fue diseñar un formato de evaluación historia clínica para el posgrado

de periodoncia de las clínicas de UNICOC sede Bogotá.

MÉTODO

El estudio se realizó bajo el diseño observacional descriptivo exploratorio. (Consulta de expertos) Fase I: Diseño.

La población incluida para el análisis del diseño y sus componentes estuvo conformada por Odontólogos, especialistas en Periodoncia, Epidemiología y Auditoría.

Con base en el análisis comparativo de referentes nacionales e internacionales, se realizó la conformación y estructuración del formato con las historias clínicas utilizadas en los posgrados de Periodoncia. Se analizaron los formatos de la Universidad Andrés Bello (Chile), Universidad del Desarrollo (Chile), Universidad del Ecuador (Ecuador) Universidad Nacional (Colombia), Universidad El Bosque (Colombia) e Institución Universitaria Colegios de Colombia UNICOC (Colombia).

El instrumento se diseñó durante el segundo semestre de 2015, y fue sometido al proceso de evaluación, el cual incluyó 10 expertos disciplinares relacionados con el manejo clínico del paciente institucionalizado en el área de periodoncia.

Los expertos especialistas fueron seleccionados de acuerdo a los criterios sugeridos por Escobar y Cuervo en el 2008 (11).

Teniendo en cuenta estos criterios, la selección de expertos se sustentó con base en la experiencia académica y disciplinar, experticia y disponibilidad para participar en el estudio.

Los ítems propuestos para el análisis se distribuyeron en cuatro categorías (Dominio), incluidas en el diseño preliminar distribuido en 28 ítems (constructos).

Los expertos fueron convocados de manera virtual, aceptando la participación. Posteriormente se enviaron los documentos sujetos de análisis y evaluación, con el instructivo correspondiente. Los especialistas emitieron sus conceptos y análisis, sobre los 28 ítems a evaluar, los cuales fueron calificados en 4 escalas: 1. No cumple, 2. Bajo nivel, 3. Moderado nivel y 4. Alto nivel, dentro de las categorías anteriormente mencionadas.

Una vez obtenida la información se procede a realizar la tabulación de los resultados en una matriz de Microsoft Excel (2010). Los datos fueron analizados a través del programa SPSS versión 22, empleando la validez de apariencia a través de

distribución de frecuencias, porcentajes y proporciones.

Se discriminaron diferentes elementos que fueron sujetos de análisis tales como índices periodontales, información general y específica periodontal y hábitos que actúan como factores de riesgo para la enfermedad periodontal.

Según la resolución 8430 de 1993 la presente investigación es clasificada como un estudio sin riesgo y no presenta conflicto de interés entre los investigadores.

RESULTADOS

En relación a la definición de los ejes temáticos iniciales del formato de evaluación de historia clínica, como primer objetivo del presente trabajo de grado, se relacionaron los dominios y constructos de los formatos de historias clínicas, con base en el análisis comparativo de referentes Nacionales e Internacionales. De esta manera se realizó la conformación y estructuración del instrumento preliminar del formato de evaluación de Historia Clínica, definiendo los dominios (Ejes temáticos: Información personal del paciente, Hábitos que actúan como factores de riesgo para enfermedad periodontal,

Análisis de componentes sistémicos relacionados con la enfermedad periodontal, Análisis periodontal específico) y constructos (28 Ítems), teniendo en cuenta las características básicas de la Historia clínica: integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad de acuerdo al artículo 3 de la Resolución 1995 de 1999⁽⁹⁾, al igual que sus componentes: identificación del usuario (datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, etc.), los registros específicos y los anexos de acuerdo a los artículos 8,9,10 de la Resolución 1995 de 1999⁽³⁾.

Como propuesta disciplinar a través de la consulta del juicio de expertos, y teniendo en cuenta los ejes temáticos, se buscó una muestra de diez expertos, los cuales aceptaron analizar el instrumento preliminar del formato de evaluación de Historia Clínica en donde fueron incluidas cuatro (4) categorías de evaluación: Suficiencia, claridad, coherencia y relevancia; cada una de las categorías fue calificada en cuatro escalas: (1) “no cumple”, (2) “bajo nivel” (3) “medio nivel” y (4) “alto nivel”.

Los resultados obtenidos se analizaron bajo el modelo estadístico de validez de apariencia, el cual, determinó que para

objeto del presente estudio la escala de calificación debería modificarse de la siguiente forma: (1) “no cumple”, se eliminó, se unificaron las escalas (2) “bajo nivel” y (3) “medio nivel” como “*bajo nivel*” y la escala (4) “alto nivel”, se codificó con el número 2, con el fin de eliminar los valores extremos y facilitar el análisis de la prueba, dando como resultado final dos grandes grupos: 1. Bajo nivel 2. Alto nivel.

Teniendo en cuenta lo anterior las tablas 1, 2, 3 y 4 demuestran los resultados de cada ítem respecto a la respuesta por parte de los 10 expertos. Se identifican los ítems de mayor y menor relevancia del instrumento preliminar del formato de evaluación de historia clínica teniendo en cuenta el siguiente criterio; los porcentajes mayores al 50% en la categoría bajo indican que los ítems deben ser analizados para modificación y los ítems que obtuvieron un porcentaje menor al 50% respecto a la evaluación bajo nivel, se mantienen en el formato.

Teniendo en cuenta el resultado de la evaluación en la categoría de bajo nivel (1) se aceptan 11 ítems iniciales los cuales no son objeto de modificación y representan el 39,29%. Los porcentajes mayores al 50% en la categoría bajo, indican que son ítems que deben ser analizados para su

consiguiente modificación en la historia clínica periodontal, dando un total de 17 ítems a modificar correspondientes al 60,71%.

Teniendo en cuenta el criterio de evaluación (porcentajes mayores al 50% en la categoría bajo), los Ítems 1, 2, 3, 5 y 6 perteneciente al eje temático información del paciente, son susceptibles a modificaciones por el presente estudio y deben ser analizadas las recomendaciones emitidas por los expertos. (Véase *tabla 1*)

Tabla 1. Eje Temático Información personal del paciente.

ITEM	BAJO	ALTO
1. Información General	65.5%	35.5%
2. Motivo de Consulta	70%	30%
3. Anamnesis	57.5%	42.5%
4. Historia de la enfermedad actual	33.1%	66.9
5. Antecedentes médicos familiares	70%	30%
6. Antecedentes médicos personales	57.5%	42.5%
7. Antecedentes odontológicos	35%	65%
8. Antecedentes familiares de enfermedad periodontal movilidad dental (padres-hermanos)	15%	85%

Teniendo en cuenta el criterio de evaluación (porcentajes mayores al 50% en la categoría bajo), los Ítems 10, 12, 13 y 14 perteneciente al eje temático Hábitos que actúan como factores de riesgo para

enfermedad Periodontal, son susceptibles a modificaciones por el presente estudio y deben ser analizadas las recomendaciones emitidas por los expertos. (Véase *tabla 2*)

Tabla 2. Eje Temático Hábitos que actúan como factores de riesgo para enfermedad Periodontal.

ITEM	BAJO	ALTO
9. Es fumador? ¿O ha sido fumador?	42.5%	57.5%
10. Cuántos cigarrillos fuma al día?	50%	50%
11. Higiene Oral	32.5%	67.5%
12. Usa seda dental?	80%	20%
13. Usa enjuague?	75%	25%
14. Cuántas veces se cepilla al día	52.5%	47.5%

Teniendo en cuenta el criterio de evaluación (porcentajes mayores al 50% en la categoría bajo), los Ítems 16, 17, 18, 19 y 20 perteneciente al eje temático Análisis de componentes sistémicos relacionados con la enfermedad periodontal, son susceptibles a modificaciones por el presente estudio y deben ser analizadas las recomendaciones emitidas por los expertos. (Véase *tabla 3*)

Tabla 3 Eje Temático Análisis de componentes sistémicos relacionados con la enfermedad periodontal.

ITEM	BAJO	ALTO
15. Análisis de factores de riesgos	32.5%	67.5%
16. Estrés	92.5%	7.5%

17. Osteoporosis	80%	20%
18. Embarazo	90%	10%
19. Hipertensión arterial	77.5%	22.5%
20. Diabetes?	70%	30%

Teniendo en cuenta el criterio de evaluación (porcentajes mayores al 50% en la categoría bajo), los Ítems 23, 24 y 25 perteneciente al eje temático Análisis periodontal específico, son susceptibles a modificaciones por el presente estudio y deben ser analizadas las recomendaciones emitidas por los expertos. (Véase *tabla 4*)

Tabla 4 Eje Temático Análisis periodontal específico.

ITEM	BAJO	ALTO
21. Sangran las encías	25%	75%
22. Evaluación de tejidos blandos y duros	42.5%	57.5%
23. Análisis de índices	60%	40%
24. Índice de placa Silness y Løe	52.5%	47.5%
25. INTCP	60%	40%
26. Índice de O'LEARY	27.5%	72.5%
27. Índice de extensión y severidad	32.5%	67.5%
28. Índice de hemorragia	35%	65%

De los 17 ítems que se tienen en cuenta para la modificación, se analizan las recomendaciones emitidas por los expertos, y se efectúan las modificaciones de acuerdo a lo enunciado en la tabla 5.

Tabla 5. Ítems Modificables del Instrumento recomendaciones expertos

1	Información General: Recomendación: <i>"Incluyan aquí todos los datos del paciente (nombre completo, dirección, edad, teléfono, número de cedula, sexo, nacionalidad, dirección laboral, teléfono, tipo de sangre, RH, nombre y teléfono de contacto, estrato socioeconómico)".</i> Modificación: Se incluye en el nuevo formato de historia clínica lo datos enunciados.
2	Motivo de consulta: Recomendación: <i>"No se realizarán ajustes pues se requiere que sea abierto de acuerdo a resolución 1995 de 1999 para que el encuestado responda".</i> Modificación: Resolución 1995 de 1999.
3	Anamnesis: Recomendación: <i>"Revisión por sistemas (Digestivo, Cardiovascular, Endocrino, etc.)"</i> Modificación: Se incluye en el nuevo formato de historia clínica lo datos enunciados.
5	Historia médica familiar: Recomendación: <i>"Especifiquen consanguinidad y tipo de enfermedad, debido a factores genéticos"</i> Modificación: Se incluye en el nuevo formato de historia clínica las opciones por nivel familiar.
6	Antecedentes médicos personales: Recomendación: <i>"Consideren relevante la diferenciación de tipos de enfermedades por sistemas"</i> . Modificación: Se incluyeron las enfermedades sistémicas diagnosticadas; enfermedades inmunosupresoras y alergias.
10	Cuántos cigarrillos día: Recomendación: <i>"Tengan en cuenta la clasificación de la OMS"</i> . Modificación: Se especifica en el formato de historia clínica, para la persona que respondan positivo a la pregunta inicial, la cantidad de cigarrillos que se fuman al día, en razón a que la literatura reporta una fuerte asociación de tabaquismo y enfermedad periodontal.

12	Usa seda dental. Recomendación: <i>"Debe ir enfocado a la frecuencia en el uso de seda dental"</i> . Modificación: Se especifica en el formato de historia clínica, (diario, semanal, mensual), lo cual determinará si requiere instrucción en higiene oral, debido a que contribuye a prevenir la enfermedad periodontal.
13	Usa enjuague: Recomendación: <i>"Debe ir enfocado a la frecuencia en el uso de enjuague bucal"</i> . Modificación: Se especifica en el formato de historia clínica, (diario, semanal, Mensual), lo cual determinará si requiere instrucción en higiene oral, debido a que su uso frecuente elimina microorganismos causales de la enfermedad periodontal.
14	Cuántas veces se cepilla al día: Recomendación: <i>"No solamente debe ir enfocado a la frecuencia, también a la técnica del cepillado"</i> . Modificación: Este ítem debe ser abierto para que el paciente responda cuantas veces al día, la forma en que lo hace y el tipo de cepillo que usa.
16	Estrés: Recomendación: <i>"Deben ser más específicos en cuánto a qué genera el estrés, y si ha llegado a ser o ha sido un problema crónico"</i> . Modificación: Se especifica en el formato de historia clínica las siguientes opciones: ¿Tiene problemas emocionales, depresión, ansiedad, toma algún medicamento para estos síntomas?
17	Osteoporosis: Recomendación: <i>"Recuerden que hay que tener en cuenta el medicamento, vía de administración del medicamento y el tiempo de medicación"</i> . Modificación: Se especifica en el formato de historia clínica las siguientes opciones (tipo de medicamento que ingiere, dosis, vía de administración y tiempo de tratamiento).
18	Embarazo: Recomendación: <i>"Esto puede ir incluido como antecedente médico personal"</i> . Modificación: Se incluye en el formato de historia clínica, dentro del ítem 6. Antecedentes médicos personales, como un estado.

19	Hipertensión Arterial: Recomendación: <i>“Esto puede ir incluido como antecedente médico personal, debido a que si se llega a este punto se estaría redundando información”.</i> Modificación: Se incluye en el formato de historia clínica, dentro del Ítem 6. Antecedentes médicos personales.
-----------	---

De acuerdo a las recomendaciones emitidas por los expertos, como resultado final, se genera el modelo preliminar de formato de historia clínica dando cumplimiento al tercer y final objetivo.

DISCUSIÓN

Respecto a la conformación y estructuración del instrumento preliminar del formato de evaluación de Historia Clínica; Núñez y cols en 2012⁽¹²⁾ afirman que no hay reglas definidas que indiquen qué parámetros precisos se deben seguir al momento de la construcción, menos cuando lo que se busca es la adaptación de un documento ya existente, considerando la necesidad de contar con dimensiones de evaluación en este contexto; algunos investigadores afirman, que para que una dimensión sea evaluada apropiadamente, se deben usar más de 2 preguntas. En esta investigación este aspecto fue ampliamente analizado e incluido, durante la elaboración

de la historia clínica, por lo cual se abarcó desde el análisis de distintos factores de riesgo para la enfermedad periodontal hasta la comprensión de diferentes índices de evaluación ⁽⁸⁾. Kaplan y Saccuzzo en 2006⁽¹³⁾, manifestaron la necesidad de contar con una adecuada planeación, siempre teniendo presente el concepto de profesionales entrenados en dicho tema y en el uso de herramientas o instrumentos.

La construcción de un instrumento se basa en cuestionamientos tan variados como las necesidades que se tengan, los objetivos que se persigan, la accesibilidad al instrumento, la calidad psicométrica del mismo, la población a la cual va dirigida y resumiendo la adaptación para las condiciones que se requieran. Escobar en el 2008⁽¹¹⁾.

El diseño de un nuevo formato de evaluación de historia clínica requiere herramientas para el planteamiento de varias alternativas que conducen al mejoramiento en el campo clínico cuando se consideran áreas de especialización ⁽¹⁴⁾. Herrera en 2009⁽¹⁵⁾ sugirió la necesidad de incorporar mayor información, logrando finalmente la obtención de un documento completo, detallado y adecuado. Letaief y cols en el 2003⁽¹⁵⁾ contaron con una muestra constituida por 380 historias

médicas, mostraron que la calidad de las historias clínicas debe ser mejorada; especialmente (65% de los casos) por la deficiencia de información importante para la coordinación y continuidad del cuidado médico, lo cual implica un programa de mejoramiento continuo de la calidad de los contenidos de la historia clínica Letaief 2003⁽¹⁵⁾.

Existen casos en los que al diseñar una encuesta se hace necesaria la eliminación o exclusión de ciertos ítems, tal como lo reportan Salazar y cols. 2015⁽¹⁶⁾ quienes iniciaron el diseño de un instrumento que constaba de 78 ítems, cuyo desenlace final incluyó 53 ítems. Esta decisión basada en la correlación entre preguntas, también estuvo soportada en las calificaciones y cualificaciones de los expertos que sugirieron cambios en la redacción y contenido, para luego poder realizar una segunda y tercera aplicación.

Teniendo en cuenta el análisis de Salazar en 2015⁽¹⁶⁾, en el presente estudio para la estructuración del instrumento inicial se analizaron las historias clínicas de diferentes universidades y se obtuvieron de esta forma los ítems para ser incluidos en el instrumento inicial. Originalmente se comprenden más de 28 ítems; por lo cual para fines de análisis estadístico, se

eliminaron de la encuesta (más no del formato de historia clínica), ítems que son de vital obligatoriedad y no son ni serán objeto de estudio para su modificación, Resolución 1995 de 1999 ⁽³⁾, p. ej. documento de identidad. En razón a lo anterior se agruparon los ítems propuestos para el análisis en cuatro categorías (Dominio), incluidas en el diseño preliminar distribuido en 28 ítems (constructos), con el fin de aplicar la encuesta, obteniendo de esta manera el instrumento preliminar del formato de evaluación de historia clínica.

Posterior a la elaboración del instrumento preliminar del formato de evaluación de Historia Clínica, este fue sometido al proceso de evaluación; el juicio de expertos es una parte crítica, de la evaluación de un proceso, de acuerdo a Skjong y Wentworh en 2006^(11,17) quienes proponen criterios de selección como: Experiencia o experticia en el área basada en la evidencia (investigaciones, publicaciones), disponibilidad, motivación para participar e imparcialidad. También plantean que los expertos deben estar relacionados con una educación similar, entrenamiento y experiencia en el área a tratar, de acuerdo a las recomendaciones se requieren modificaciones que de dicha revisión.

Siempre será necesario el reconocimiento de las necesidades locales para construir instrumentos de medición, los objetivos y alcances, accesibilidad del mismo, la calidad psicométrica y la población que se busca atender ^(12, 14, 16); sin embargo, para poder garantizar la calidad de dichos instrumentos, en el área de la salud, es necesario que éstos sean sometidos a un proceso de validación ^(16, 18, 19). Dos son los criterios que se deben considerar: la validez y la confiabilidad; el primero se refiere a la capacidad del instrumento para medir el concepto que se pretende cuantificar, y el segundo, refleja la cantidad de error inherente en cualquier medición^(16,19), teniendo en cuenta lo descrito por los autores, el presente estudio se realizó bajo la validez de apariencia específicamente, donde se empleó el juicio de expertos, como parte del proceso, es allí donde la evaluación realizada por los mismos, cobra especial relevancia, pues son los expertos, quienes deben sugerir la modificación de los ítems, como en el caso de expresiones idiomáticas diferentes o que generen confusión⁽¹⁹⁾.

En el presente estudio se realizó una validez de apariencia que permitió evaluar la claridad y la comprensión del instrumento sin ambigüedad y se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de

evaluación: Suficiencia, claridad, coherencia y relevancia ^(16,18,19), para lo cual, se sometió el instrumento a una verificación por parte de los expertos, reflejado en el presente estudio, en las recomendaciones obtenidas (datos), generando las modificaciones necesarias a los ítems, satisfaciendo de esta forma la necesidad expresada por los expertos^(18,19).

Teniendo en cuenta los resultados generados al aplicar el instrumento (encuesta), los datos obtenidos se analizaron bajo el modelo estadístico de validez de apariencia, este demostró que de acuerdo a las recomendaciones realizadas en el presente estudio, se sugirió la modificación en suficiencia, claridad, coherencia y relevancia en un 60.71% de los ítems que equivalen a (17) constructos del contenido del instrumento aplicado a los expertos para incluir información importante, precisa y detallada ^(15,19).

Pourasghar y cols en 2008⁽²⁰⁾, afirman que, tras evaluar 300 historias clínicas, encontraron que la mayor parte, reflejaron problemas en cuanto a la calidad de la información, proponiendo a final, la necesidad de diseño de una historia que permita un fácil diligenciamiento y entendimiento ^(15,18). Bajo estas consideraciones, los resultados del

presente estudio demuestran que el formato de historia clínica, es un instrumento que debe ser modificado en sus diferentes categorías con el fin de identificar su validez y confiabilidad para ser empleado en el posgrado de Periodoncia UNICOC sede Bogotá; pues bajo el análisis de los profesionales, 17 de los 28 ítems requieren ser modificados. Es de aclarar que ningún ítem objeto de modificación, fue eliminado, es decir se tomaron en cuenta las recomendaciones emitidas por los expertos y se modificó el instrumento inicial del formato de evaluación de historia clínica generando el modelo preliminar del formato de historia clínica.

Cobo y cols. En 2014⁽¹⁹⁾, son conscientes de la necesidad de modificar el formato respecto a los ítems que plantearon desde el inicio, especialmente a causa de la terminología empleada como parte de la validación por apariencia. De acuerdo a lo citado, y como resultado final de la presente investigación se generó el formato de historia clínica con base en modificaciones de expertos, denominado, modelo preliminar del formato de historia clínica; esto con el fin de obtener información más detallada y dar un mejor manejo a los casos que se presenten en el área odontológica.

RECOMENDACIONES

Las apreciaciones de los expertos en la presente investigación plantearon modificaciones importantes al formato elaborado, pues, aunque la aplicabilidad del mismo se llevó a cabo en el 100% del instrumento, las categorías de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia en 17 ítems obtuvieron un resultado >50% en la categoría bajo, por lo cual deben ser objeto de análisis para otorgar mayor comprensión al instrumento.

CONCLUSIONES:

El formato evaluado requiere ajustes a los parámetros de evaluación (17 ítems).

Se requiere una reprueba del instrumento con el fin de estructurar el nuevo diseño del formato para la Institución Universitaria Colegios de Colombia – UNICOC sede Bogotá, para dar continuidad al presente estudio en sus fases II y III.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giménez J. De la historia clínica a la historia de salud electrónica. España: Sociedad Española de Informática en salud. 2003 (consultado en febrero 25 de 2015). Disponible en:

- <http://www.conganat.org/seis/informes/2003/PDF/CAPITULO1.pdf>, www.conganat.org/seis/informes/2003/.
2. Varas J. Ficha clínica: Importancia y trascendencia médico legal. Rev. Obstet. Ginecol 2011; 6(3): 235-9.
 3. Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999 (consultado en febrero 25 de 2015). Disponible en: www.archivo.palmira.unal.edu.co/paginas/documentos/normatividad/RESOLUCION_1995_1999.pdf.
 4. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martinez M, Sanz A. How is an instrument for measuring health to be validated. An Sist Sanit Navar. 2011; 34(1): 63-72.
 5. Fombella M, Cereijo J. Historia de la historia clínica. Galicia Clin 2012; 73 (1): 21-6.
 6. Buitrago M. Caracterización de los usuarios de las clínicas de posgrado de periodoncia de UNICOC - Centro. UNICOC. 2013.
 7. Guzmán F, Arias C. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev. Colomb. Cir. 2012; 27: 15-24.
 8. Hoffmann K. A Comprehensive index for the modeling of smoking history in periodontal research. Tabaquismo y enfermedad periodontal. J Dent Res 2004; 83(11): 859-63.
 9. De la Prieta V. La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos. Panace@ 2002; 3(8): 36-9.
 10. Cruz J, Hernández P, Dueñas N, Salvato A. Importancia del Método Clínico. Revista cubana de salud pública. SPU 2012; 38(3): 422-37.
 11. Escobar P. Cuervo A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Avances en medición. Universidad el Bosque. Universidad Iberoamericana 2008; 6:27-36.
 12. Núñez L. Validación del cuestionario OHIP-estético en adultos chilenos (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, facultad de Odontología, Santiago de Chile, 2012 (consulta 27 de abril de 2016). Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116377/validacionpdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 13. Kaplan, M. Saccuzzo P. Pruebas psicológicas: Principios, aplicaciones y temas. México: Thomson (2006). 115-24.
 14. Gómez J. Desarrollo y validación de un cuestionario para evaluar la docencia clínica odontológica (CEDCO) en la FES Iztacala de la UNAM. Revista Odontológica Mexicana 2008; 12(3):120-25.

15. Herrera A. Propuesta para la actualización del modelo de historia clínica utilizado en el servicio de ortodoncia de la facultad de odontología (tesis especialización) Universidad Central de Venezuela, [www.academia.edu/86212115/propuesta de historia clinica para el posgrado de ortodoncia ucv](http://www.academia.edu/86212115/propuesta-de-historia-clinica-para-el-posgrado-de-ortodoncia-ucv). 2009. 1-255.
16. Salazar C, Peña C, Ceja A, del Río E. Diseño y validación de un instrumento de evaluación del clima organizacional en centros escolares del nivel superior. Revista Iberoamericana De Educación 2015; (67):181-96.
17. Skjong, R. & Wentworth, B. Expert Judgement and risk perception. Recuperado el 15 de enero de 2006, <http://research.dnv.com/skj/Papers/SkjWen.pdf> 2000: 1-8
18. Achury D, Sepúlveda G. Rodríguez S, Validez de apariencia y de contenido de un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial, Investigación en enfermería imagen y desarrollo. 2008; 10(1): 93-11.
19. Cobo E, Quino AC, Díaz DM, Chacón MJ. Validez de apariencia del Gross Motor Function Measure-88. Rev. Univ. salud. 2014; 16(1):47-59.
20. Pourasghar F, Malekafzali H, Kazemi A, Ellenius J, Fors, U. What they fill in today, may not be useful tomorrow: Lessons learned from studying Medical records at the Women hospital in Tabriz, Iran. BMC Public Health. 2008; 8(139):1-7.