

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ODONTOLÓGICO
ÁREA DE EDUCACIÓN AVANZADA Y CONTINUADA
POSTGRADO DE PERIODONCIA



**DISEÑO DE UN FORMATO DE EVALUACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA PARA
EL POSGRADO DE PERIODONCIA DE UNICOC-SEDE BOGOTÁ**

**DENIA DALILA CASTRO JIMÉNEZ
CLAUDIA PIEDAD AGUINAGA GANEN**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA - UNICOC
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
PROGRAMA DE POSGRADO PERIODONCIA
BOGOTÁ D.C.
2016**

**DISEÑO DE UN FORMATO DE EVALUACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA PARA
EL POSGRADO DE PERIODONCIA DE UNICOC-SEDE BOGOTÁ**

**DENIA D. CASTRO JIMÉNEZ
CLAUDIA P. AGUINAGA GANEN**

Proyecto de grado para optar al título de Especialista en Periodoncia

**Asesora Metodológica
OD. ÁNGELA SUÁREZ CASTILLO**

**Asesora Científica
OD. ETHEL DIAZ LÓPEZ**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA - UNICOC
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
PROGRAMA DE POSGRADO PERIODONCIA
BOGOTÁ D.C.
2016**

El trabajo de grado “**Diseño de un formato de evaluación de historia clínica para el posgrado de periodoncia de UNICOC-Sede Bogotá**” elaborado por Denia Dalila Castro Jiménez y Claudia Piedad Aguinaga Ganen como requisito para optar por el título de especialista en Periodoncia.

Dra. Ángela Suárez Castillo

Dra. Ethel Díaz López

Dra. Sandra Aguilera Rojas

TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE PUBLICACIÓN

Título del artículo: “Diseño de un formato de evaluación de historia clínica para el posgrado de periodoncia de UNICOC-Sede Bogotá” Autores: Los Dres. Denia Castro Jiménez, y Claudia Aguinaga Ganen. Los autores certifican que el artículo arriba mencionado es trabajo original y no ha sido previamente publicado, excepto en forma de resumen. Una vez aceptado para publicación en la revista que la Institución Universitaria Colegios de Colombia estipule, los derechos de autor serán transferidos a la universidad. Así mismo, declaran que no ha sido enviado en forma simultánea para su posible publicación en otra revista. Los autores acceden, dado el caso, a que este artículo sea incluido en los medios electrónicos que los editores de la Institución Universitaria Colegios de Colombia, consideren convenientes.

DENIA CASTRO JIMÉNEZ
C.C. No. 1.018.433.696

CLAUDIA AGUINAGA GANEN
C.C.38.888.775

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
CESIÓN DE DERECHOS

Yo: Denia Castro Jiménez, y Claudia Aguinaga Ganen; manifestamos en este documento nuestra voluntad de ceder a la Institución Universitaria Colegios de Colombia los derechos patrimoniales, consagrados en el artículo 72 de la ley 23 de 1982, de la tesis de grado: “Diseño de un formato de evaluación de historia clínica para el posgrado de periodoncia de UNICOC-Sede Bogotá; producto de nuestra actividad académica para optar por el título de Especialista en Periodoncia de la Institución Universitaria Colegios de Colombia. La institución tiene los derechos anteriores cedidos en su actividad ordinaria de investigación, docencia y publicación. Con todo, en nuestra condición de autores nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada con arreglo al artículo 30 de la ley 23 de 1982. En concordancia, suscribimos este documento en el momento mismo de la Ley 23 de entrega del trabajo final a la biblioteca de la Institución Universitaria Colegios de Colombia.

DENIA CASTRO JIMÉNEZ

C.C. No. 1.018.433.696

CLAUDIA AGUINAGA GANEN

C.C. No.38.888.775

Bogotá D.C., 2016

Señores:

Biblioteca

Institución Universitaria Colegios de Colombia

La Ciudad

Autorizamos a la unidad de investigación de la Institución Universitaria Colegios de Colombia a consultar y reproducir con fines de investigación, parcial o totalmente el contenido del trabajo de grado titulado: “Diseño de un formato de evaluación de historia clínica para el posgrado de periodoncia de UNICOC-Sede Bogotá” presentado a la unidad de investigación como requisito del programa para optar a el título de Periodoncista; siempre que mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de investigación y a sus autores.

DENIA CASTRO JIMÉNEZ

C.C. No. 1.018.433.696

CLAUDIA AGUINAGA GANEN

C.C. No. 38.888.775

FICHA TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

TÍTULO DEL TRABAJO: “Diseño de un formato de evaluación de historia clínica para el posgrado de periodoncia de UNICOC-Sede Bogotá”

AUTORES: Denia Castro Jiménez y Claudia Aguinaga Ganen.

ASESOR CIENTÍFICO: OD. Ethel Díaz López

ASESOR METODOLÓGICO: OD. Ángela Suárez Castillo

MATERIAL ANEXO: 2 CD's, 2 Artículos científicos.

FACULTAD: Odontología.

TITULO OBTENIDO: Especialista en Periodoncia

CATEGORÍA: Postgrado.

PALABRAS CLAVE: periodoncia, historia clínica, formato de recolección

TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
1. ASPECTOS TEÓRICO-CIENTÍFICOS.....	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	15
1.3 PROPÓSITO	16
1.4 MARCO TEÓRICO	17
1.4.1. CAPITULO I	17
1.4.1.1. Antecedentes históricos:.....	17
1.4.1.2 La historia clínica.....	18
1.4.1.3. Características de la historia clínica	19
1.4.1.4. Otros aspectos importantes relacionados con la historia clínica	25
1.4.1.5. Archivo de la historia clínica	25
1.4.1.6. Principales falencias identificadas en la historia clínica	27
1.4.2. CAPITULO II	27
1.4.2.1 La enfermedad periodontal - Factores etiológicos	27
1.4.3. El índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal (ICPNT)	30
1.4.3.1 Índices periodontales	33
1.4.3.2 Índice de placa de Silness y Loe	33
1.4.3.3 Índice de Loe y Silness	33
1.4.3.4 Índice de Higiene oral simplificado de Green y Vermellon	34
1.4.3.5 Índice Gingival de Loe y Silness.....	36
1.4.3.6 Índice Periodontal y Necesidad Tratamiento de la comunidad (CPTIN).....	37
1.4.3.7 Índice de sangrado gingival.....	38
1.4.4 CAPITULO III	44

1.4.4.1 Validación y evaluación de instrumentos de recolección de datos.	44
1.4.4.1.1 Características psicométricas de un instrumento.	45
1.4.4.1.2 Construcción de un instrumento.	46
1.5 COMPARATIVO HISTORIAS CLINICAS ACADÉMICAS POSGRADO PERIODONCIA	47
1.6 MARCO REFERENCIAL	51
1.7 MARCO LEGAL.....	54
1.8 OBJETIVOS	56
1.8.1 Objetivo general	56
1.8.2 Objetivos específicos	56
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	57
2.1 TIPO DE ESTUDIO	57
2.2 OBJETO DE ESTUDIO	57
2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	57
2.4 MUESTRA	57
2.4.1 Técnica de muestreo	57
2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	57
2.6 VARIABLES DE ANÁLISIS.....	57
2.7 PROCEDIMIENTO METODOLOGICO.....	58
2.7.1 ETAPA I DISEÑO.....	58
3. RESULTADOS	60
3.1 INSTRUMENTO PRELIMINAR DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA	60
<i>Tabla 1 . Eje Temático Información personal del paciente.</i>	64
<i>Tabla 2. Eje Temático Hábitos que actúan como factores de riesgo para enfermedad Periodontal.</i>	64
<i>Tabla 3 Eje Temático Análisis de componentes sistémicos relacionados con la enfermedad periodontal.</i>	65
<i>Tabla 4 Eje Temático Análisis periodontal específico.....</i>	65
<i>Tabla 5. Ítems Modificables del Instrumento recomendaciones expertos</i>	66
3.2 MODELO PRELIMINAR DEL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA.....	68

4. DISCUSIÓN.....	72
5. RECOMENDACIONES.....	76
6. CONCLUSIONES.....	77
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

1. ASPECTOS TEÓRICO-CIENTÍFICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los avances de la ciencia en todos los campos del saber humano, la influencia en la innovación y generación de un nuevo conocimiento gracias a la irrupción de la tecnología en todos los procesos de investigación, especialmente en el campo de las ciencias de la salud, han contribuido a un sustancial mejoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas y la sociedad en general como un reflejo a su vez de los cambios en el nivel de desarrollo de los países y del mundo en general, en los ámbitos económico, político, social y cultural ⁽¹⁻³⁾.

Estos avances tienen una relación específica con la salud de las personas, en algunos casos se emplean para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas; razón por la cual los profesionales de las ciencias de la salud deben contribuir significativamente al mejoramiento de la calidad de vida de la salud de los individuos y las poblaciones, especialmente a los pacientes que por diferentes causas, requieren la intervención de un especialista en cualquier campo disciplinar ⁽³⁻⁵⁾.

Resulta relevante tener en cuenta diferentes componentes del individuo, como su núcleo familiar, su entorno laboral y social teniendo en cuenta que son factores que nos van a ayudar a establecer un adecuado diagnóstico ⁽⁵⁻⁷⁾.

La odontología como rama importante de las ciencias médicas y su trascendencia profesional tiene implicaciones científicas, éticas y un compromiso frente a riesgos legales, razón por la cual la historia clínica es uno de los documentos clave, del primer acercamiento en una relación directa y técnica entre el profesional y el paciente, se constituye en una bitácora fundamental por las implicaciones

científicas, médicas, jurídicas de gestión administrativa y organizacional dentro del ámbito corporativo institucional⁽⁸⁻¹⁰⁾.

De acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 artículo 1 en Colombia se ha definido 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^(6,11). Los datos médicos de la historia clínica odontológica son importantes para identificar los problemas potenciales de salud y su compromiso en el tratamiento dental^(6,10,13).

Este documento se considera como el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, en todos los niveles de atención en salud. Con frecuencia, en el campo de la atención primaria, la historia clínica se denomina como historia de salud. La historia clínica es el documento principal en el sistema de información hospitalaria, imprescindible en sus vertientes asistencial y administrativa⁽⁷⁻⁹⁾. Constituye, además, el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad y de ello, su trascendencia como documento legal.⁽⁹⁻¹¹⁾

En este sentido, los pacientes que se atienden en la consulta odontológica pueden presentar una variedad de condiciones médicas y clínicas que deben ser incluidas en la historia, y estas pueden requerir que una o varias ramas disciplinares modifiquen el tratamiento para que concuerde con las restricciones médicas del paciente y determinar si es necesario realizar interconsultas^(12,13).

Para un mejor y óptimo desarrollo del tratamiento odontológico se encuentran diferentes especialidades que nos permiten realizar un diagnóstico y tratamiento exhaustivo, los cuales requieren de diferentes parámetros para poder realizar los diversos diagnósticos y tratamientos.^(14,15)

Dentro de los objetivos de la periodoncia se tiene en cuenta el mantener la salud de los tejidos que se encuentran alrededor del diente, eliminar o disminuir los factores modificadores locales que facilitan la acumulación de biopelícula considerando que esta es el factor etiológico de la enfermedad periodontal y lograr que el paciente se involucre en la terapia de mantenimiento a través de la motivación y la enseñanza de buenas técnicas de higiene oral (5,14,16).

La caracterización epidemiológica de los individuos y las poblaciones en los servicios de salud, permite el abordaje integral de diferentes aspectos relevantes que facilitan la toma de decisiones clínicas. En el año 2013. Buitrago M y col⁽⁸⁾, en su estudio “Caracterización de los usuarios de las clínicas de posgrado de periodoncia de UNICOC centro - sede Bogotá” mencionan la importancia de incluir información sobre hábitos, que pueden convertirse en factores de riesgo o en un factor protector para la salud. El factor de riesgo hace referencia a la mayor predisposición para desarrollar una enfermedad. Por ejemplo: el consumo de alimentos inadecuados, la falta de ejercicio, la adicción al alcohol y tabaquismo⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. El tabaquismo es el factor de riesgo modificable más significativo que afecta la prevalencia y progresión de la periodontitis cuya severidad depende de la dosis y edad de los pacientes^(5,20,21). Todas las formas de tabaquismo (fumar cigarrillo, fumar pipa, masticar tabaco) pueden estar asociadas con las enfermedades asociadas a una buena salud oral^(5,8,14).

El estudio en mención planteó de igual manera la necesidad de incluir registros como: índice de O’Leary (índice de placa), índice INTCP (índice de necesidad de tratamiento periodontal) e historia de enfermedad periodontal familiar para lograr un diagnóstico adecuado, tratamiento y prevención de las enfermedades y sintomatologías asociadas^(8,14,15).

La actualización del formato de la historia clínica institucional, acorde a las necesidades científicas evidenciadas, posicionaría este componente como un

referente frente a otras instituciones educativas en términos de investigación, innovación e incorporación de herramientas tecnológicas y de gestión organizacional para la formación de un profesional en periodoncia técnicamente competitivo, éticamente formado y socialmente comprometido (3,10,20).

Frente a la problemática descrita, se presenta la necesidad de adelantar un proceso de investigación sobre las condiciones integrales de una historia clínica de Periodoncia a fin de acoplar elementos que permitan reestructurar la existente actualmente en UNICOC, mediante el diseño, validación y evaluación de instrumentos.

Teniendo en cuenta lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación **¿Cuál es la pertinencia y la aplicación del proceso de diseño, implementación y evaluación de un formato de historia clínica para el posgrado de periodoncia de UNICOC-Sede Bogotá?**

1.2 JUSTIFICACIÓN

Siendo la historia clínica un documento de registro de carácter obligatorio para cualquier prestador de salud, descrito en la resolución 1995 de 1999, en la que se identifican cada una de las condiciones del paciente como factores de riesgo, diagnóstico, pronóstico, y tratamiento de la enfermedad, se considera importante incluir, modificar e implementar aquellos hallazgos de vital importancia no incluidos en la historia clínica actual de UNICOC Sede Bogotá; de la misma manera poder realizar mediciones epidemiológicas que nos puedan ayudar al estado general de los pacientes atendidos en las clínicas de UNICOC (8,21,22,23).

Además de estandarizar criterios de diagnóstico con base en la literatura y teniendo en cuenta todos los parámetros periodontales manejados a nivel nacional e internacional para el diagnóstico periodontal. ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

1.3 PROPÓSITO

Sugerir un formato que contenga las especificaciones disciplinares integrales, acorde a las necesidades de la población usuaria de las clínicas del postgrado de Periodoncia de Unicoc Sede Bogotá, teniendo en cuenta las sugerencias contenidas en el estudio “Caracterización de los usuarios de las clínicas de postgrado de Periodoncia de UNICOC centro - Sede Bogotá.

1.4 MARCO TEÓRICO

1.4.1. CAPITULO I

1.4.1.1. Antecedentes históricos:

Diferentes instancias en la historia de la humanidad han asignado etapas en el desarrollo de modelos de historia clínica. Desde sus orígenes, hace más de 2.500 años, el estilo hipocrático se basaba en el registro de las vivencias de los enfermos ⁽⁷⁾. El médico registraba el curso clínico de la enfermedad por medio de las observaciones de los síntomas de los pacientes. Posteriormente, y durante siglos, el médico basó sus registros en lo que sus sentidos podían percibir y esto constituyó el centro del proceso de documentación. Con el descubrimiento de nuevos instrumentos de exploración y mediante la amplificación de los sentidos, el enfoque del registro en ese entonces cambió de las observaciones del paciente a las observaciones del médico. Con la aparición de exámenes complementarios (exámenes de laboratorio, diagnóstico por imágenes u otros) se generó una diversidad de fuentes desde donde se aportaban datos a los registros médicos. Recién a principios del siglo XX se creó una historia clínica por paciente y no fue sino hasta fines de 1960 que se ideó una nueva manera de estructurar la información por medio de la creación de una lista de problemas y el ordenamiento de las evoluciones en el contexto de un problema específico. La orientación a problemas fue uno de los cambios estructurales del registro médico en su evolución histórica y originalmente fue concebida para posibilitar su informatización ^(7,10). Actualmente, la mayoría de los registros médicos están orientados a las fuentes que generan la información (notas de evolución, exámenes complementarios, indicaciones médicas, lista de problemas y otros) y un ordenamiento cronológico para cada una de ellas.

1.4.1.2 La historia clínica. La historia clínica es uno de los elementos más importantes de la relación entre médico y paciente; es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud ⁽¹⁾. Es un documento imprescindible para prestar una asistencia médica de calidad en la medicina individual y más aún en la medicina colectiva e institucional. El motivo que da lugar a su elaboración es siempre la asistencia y que ésta sea de calidad ⁽¹⁻⁴⁾. Posee información de diferente índole, pues además de los datos clínicos relacionados con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, ese expediente no se limita a contener una simple narración o exposición de hechos, sino que incluye juicios, documentaciones, procedimientos, informaciones y consentimiento de la persona enferma, basados en el principio de autonomía, en su reconocimiento y aceptación del estado de salud o enfermedad que presenta y en su participación en las tomas de decisiones ^(2,6). Bien se puede decir que la historia clínica es una herramienta universal para los cuidados de los pacientes; y es la forma gráfica de documentar el acto médico ⁽⁴⁾.

La historia clínica tiene tanta importancia en la labor asistencial que está reconocida como un derecho del paciente y como un deber y un derecho del médico; por su carácter médico-legal es soportada a través de diferentes leyes; ⁽³⁻⁵⁾. Así que “la narración escrita, en soporte de papel o informático, debe ser clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos y conocimientos, tanto personales como familiares, que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad actual o de su estado de salud. Resume la herencia y hábitos de un ser humano; su constitución, fisiología y psicología; su ambiente y, siempre que sea posible, la etiología y evolución de la enfermedad” ^(6,7).

1.4.1.3. Características de la historia clínica. Aunque no existe un modelo ideal de historia clínica, se considera, en general, que esta debe distinguirse por su veracidad, exactitud, claridad, rigurosidad y exhaustividad, accesible, organizada, confidencial, segura, legible en cuanto a los datos registrados ^(3,11). Debe ser además, única, integrada y acumulativa para cada paciente en el hospital, debe existir un sistema eficaz de obtención y de recuperación de la información clínica que contiene, al constituir el documento principal en el sistema de información hospitalaria. La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia brindada al paciente. Esta no se escribe únicamente para consumo de quien la redacta, no es un documento personal, sino un documento institucional, que puede ser consultado por otros profesionales, aunque estos, en particular, no hayan contribuido a su realización ^(3,11); también contendrá todos los documentos (datos administrativos, consentimientos, informe de asistencia, protocolos especiales, entre otros.) que deberán tener exacta e inequívoca identificación del paciente, utilizando siempre que sea posible etiquetas; así mismo todo personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de tarjeta profesional ⁽⁹⁾.

El secreto profesional, es uno de los pilares de la historia clínica y la relación médico-paciente. En la historia clínica se escribe información recogida de los pacientes que solo las confían al médico encargado de su atención, lo que hace de este un documento de carácter confidencial. Como privacidad y confidencialidad implican respeto a la autonomía de la persona, cualquier profesional que tenga acceso en su actividad diaria asistencial, docente o investigativa a la información recogida en la historia clínica, tiene la obligación de mantener la privacidad de esta información ⁽⁶⁾.

La confidencialidad de la historia clínica abarca:

- Los datos consignados se consideran sujetos a confidencialidad y reserva.

- El documento pertenece a la Institución.
- El titular de la ficha es el paciente. Tiene derecho a requerir el conocimiento de su contenido. Sin su autorización no puede ser develada por el equipo médico ni por el establecimiento ⁽¹¹⁾.

Por su parte, la veracidad también es crucial para esta herramienta, ya que de no contener información veraz el médico puede incurrir en un delito de falsedad de documentos, tipificado en el Código Penal ^(6,11).

Como documento médico, la historia clínica debe cumplir con varios principios, entre ellos ⁽³⁾:

INTEGRALIDAD	La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
SECUENCIALIDAD	Los registros de la presentación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencialidad cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la presentación de servicios de la salud brindados al usuario.
RACIONALIDAD	Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de los criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa. El proceso que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
DISPONIBILIDAD	Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la ley.

OPORTUNIDAD	Es el diligenciamiento de la atención de los registros en la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.
--------------------	--

Fuente: Resolución 1995 de 1999 ⁽¹¹⁾

La información contenida puede obtenerse por diferentes vías a través del método clínico y trabajo semiológico ⁽¹⁰⁾ correspondiendo a:

- Anamnesis: Información surgida de la entrevista clínica, proporcionada por el propio paciente. Es fundamental, puesto que permite indagar acerca de todos los antecedentes del paciente y familiares, factores de riesgo, inicio de los síntomas, circunstancias en las cuales aparecieron y automedicación para aliviar las manifestaciones clínicas; sin embargo, el interrogatorio no concluye cuando se comienza a examinar al paciente, sino cuando se logra diagnosticar qué padece.
- Exploración física o clínica.
- Pruebas o exámenes complementarios realizados o indicados por el personal médico.
- Juicios de valor: Formulados por el personal médico o extraídos de documentos elaborados por este para fundamentar su diagnóstico y tratamiento, así como también para dejar constancia de la evolución de la enfermedad.
- Tratamiento prescrito ⁽¹⁰⁾.

La historia psicosocial es parte de los antecedentes que se revelan a través de una entrevista abierta, no estructurada, con la mayor privacidad y relación afectiva posibles, cuyas adecuadas condiciones posibilitan precisar, de la persona enferma: datos sobre su infancia, aspectos socioeconómicos; interrelaciones con amigos, familiares o sexuales, punto de vista acerca de cómo enfrentar su padecimiento, apoyo familiar u otros elementos de interés para los facultativos ⁽¹⁰⁾.

Según los doctores Ilizastigui y Rodríguez en el 2000⁽¹⁰⁾, para que la historia clínica esté a la altura de la ciencia clínica debe cumplir, entre otros, los siguientes requisitos:

- La información que recoge debe ser real, esencial y necesaria.
- Los problemas de salud individual deben estar bien identificados.
- Las hipótesis diagnósticas deben estar bien precisadas.
- La indicación de los exámenes complementarios debe estar justificada.
- La conducta terapéutica tomada debe estar justificada.
- Debe hacer referencia a la información brindada al paciente, en relación con su proceso mórbido, y a su conformidad, en cuanto a las decisiones médicas sobre su persona.
- La evaluación se debe expresar exponiendo el pensamiento científico.
- El egreso debe ser un resumen de cada problema del paciente y de las orientaciones médicas para darle solución a estas ⁽¹⁰⁾.

En este sentido, también Barouse en 2007^(3,5) brinda algunos consejos para dar una alta calidad a la historia clínica tales como consignar el diagnóstico presuntivo y por lo menos dos opciones probables, y como fundamentar científicamente su presunción, por otro lado, fundamentar el pedido de cada práctica diagnóstica o terapéutica, fundamentar cada cambio de tratamiento. Si se trata, por ejemplo, del uso empírico de un antibiótico, explicar por qué no se pudo recuperar el germen causal y el porqué de la rotación de antibióticos.

Explicar si está adoptando las normas de un protocolo o guía de diagnóstico y tratamiento, o las pautas de un consenso (nacional, internacional o multicéntrico), fundamente el uso de medicamentos de alto costo., tenga a mano la bibliografía científica adecuada para cuando deba discutir el tema con el médico conozca el costo de las prácticas que solicita y de los medicamentos que indica, anote todas las demoras en las conductas imputables al financiador (demora en la provisión de autorizaciones, prótesis, traslados del paciente, entre otros.). Anote día y hora en

que formuló el pedido y a quién, y continúe anotando en la historia las sucesivas respuestas sobre el tema, anotar claramente las indicaciones médicas, repítalas diariamente y no escriba "iguales medicaciones", justifique la repetición de un estudio diario, aunque parezca obvio (p. ej. glucemia en un diabético), no use corrector blanco. Si ha cometido un error táchelo con una línea fina que permita leer lo que está escrito debajo, consigne fecha y hora de la corrección y firme al lado de la corrección. Luego escriba y firme a continuación la indicación correcta, evite escribir "alta probable", "se espera interconsulta", "sin novedad" ("sin novedad" presupondría dar de alta), evite abreviaturas y siglas, excepto las de uso muy generalizado. (No use por ejemplo TEP a causa de TVP, para expresar trombo embolismo pulmonar a causa de trombosis venosa profunda)⁽¹⁰⁾, finalmente, como una forma de brindar mayor detalle a la historia, ésta también se puede soportar con otros materiales, entre ellos páginas escritas, vídeos, fotografías, exámenes radiográficos u otras modalidades; incluso, aprovechando las recientes ventajas tecnológicas otras modalidades; incluso, aprovechando las recientes ventajas tecnológicas han hecho uso de estas nuevas historias aportando rapidez las nuevas instituciones hospitalarias y centros de salud, han hecho uso de historias sistematizadas para acceder a su contenido con rapidez y certeza ⁽¹⁰⁾.

Sin embargo, a pesar de ser conscientes de la importancia que tiene este valioso documento, en la práctica aún se presentan muchas dificultades para su manejo y el adecuado cumplimiento de las premisas básicas. Considerando estas dificultades surgen con cierta frecuencia, nuevos formatos que buscan dar solución a dicha problemática, entre otros, empleando formatos tecnológicos en vez la historia tradicional ^(3,9,11), al presentar evidentes ventajas, como se muestra a continuación.

Historia clínica electrónica	Historia clínica en papel
Utilizable en todo momento y lugar	Utilizable en un solo lugar físico

Historia clínica electrónica	Historia clínica en papel
Siempre disponible	Frecuentemente extraviada
Siempre completa	Usualmente separada para justificar las necesidades de varios usuarios
Siempre legible	Algunas veces legible
Siempre con fecha y hora	A veces con fecha y hora
Siempre firmada	A veces firmada
Con menor número de errores	A veces inexacta
Potenciales tratamientos redundantes reducidos	Incompleta y a la vez plagada de información duplicada e innecesaria
Ingreso estandarizado de datos	Organizada de varias maneras según la necesidad de cada servicio.

Fuente: Resolución 1995 de 1999⁽¹¹⁾

A pesar de la evolución constante de este documento sus componentes básicos siguen siendo los mismos, aunque es claro que difieren en cuanto a la población y la especialidad; estos componentes incluyen:

- Identificación
- Motivo de consulta
- Enfermedad actual
- Revisión por sistemas
- Antecedentes personales
- Antecedentes perinatales, neonatales
- Desarrollo psicomotor
- Hábitos
- Alimentación
- Patológicos
- Quirúrgicos
- Alérgicos
- Inmunizaciones
- Antecedentes familiares
- Antecedentes epidemiológicos
- Examen físico

- Impresión diagnóstica
- Diagnósticos diferenciales
- Plan diagnóstico o paraclínico
- Diagnóstico final
- Plan terapéutico
- Firma y sello del médico ⁽¹³⁾

1.4.1.4. Otros aspectos importantes relacionados con la historia clínica.

Propiedad de la historia clínica. Antes se consideraba la pertenencia sólo al médico. Ahora se reconoce la propiedad del paciente. Si las partes intervinientes tienen pertenencia, la historia clínica (ficha clínica) debe estar guardada en el departamento de archivo del establecimiento asistencial. La responsabilidad del cuidado de este material es del Director del establecimiento. Hay obligación de respetar y hacer respetar el derecho del paciente a la confidencialidad de la información allí guardada. Para permitir que accedan a esta información otras personas que están relacionadas con su atención directa, se debe solicitar autorización por escrito del paciente ⁽⁶⁾.

1.4.1.5. Archivo de la historia clínica. Las historias clínicas saldrán del archivo sólo para:

- Atención de consultorio externo, en cuyo caso deben volver el mismo día al archivo.
- Hospitalización, caso en el que volverán no más allá de 24 horas posterior al alta del paciente, con su documentación completa y ordenada.
- Investigación clínica, en cuyo caso el profesional que las utilizará, debe solicitar la autorización correspondiente al Jefe de Servicio Clínico y a la Dirección del establecimiento, siendo responsable de su custodia y debiendo devolverlas al archivo en el plazo de 8 días.

- Auditoría, en cuyo caso el profesional que las utilizará será responsable de su custodia y deberá devolverlas a la Dirección del Hospital, una vez terminado dicho proceso.
- Tramitación de beneficios económicos o procesos judiciales.
- Cuando otro establecimiento o entidad requiera de la información clínica del paciente, ésta debe ser transcrita o reproducida y enviada por intermedio de la Dirección.
- Otras situaciones especiales deben ser autorizados por escrito por el Director ^(6,11).

El personal de archivo no podrá proporcionar antecedente alguno sin expresa autorización de su jefe, a menos que lo solicite el director del establecimiento.

La ficha clínica puede ser solicitada solo por un funcionario habilitado por el Director del Hospital. Lo anterior es sin perjuicio de las facultades que corresponden a los funcionarios del Ministerio, Secretaría Regional Ministerial, Dirección del Servicio de Salud o quienes desempeñen funciones inspectivas. A todo enfermo se le podrá proporcionar gratuitamente, una copia de los exámenes de laboratorio que se le hayan practicado y en todo caso, un informe con el diagnóstico de su enfermedad, el tratamiento practicado, especialmente cuando se han realizado intervenciones quirúrgicas. Lo anterior podrá ser requerido por el paciente, su representante legal o por un médico cirujano tratante. Se entregará copia de la ficha clínica al usuario y/ o a quien éste autorice, previa solicitud presentada a la Dirección del Hospital ⁽⁶⁾.

Además, este documento debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince años en el archivo central, como manifiesta el Artículo 15 de la Resolución 1995 de 1999. ⁽¹¹⁾

1.4.1.6. Principales falencias identificadas en la historia clínica

- Obviar en muchos casos especificar las razones por las cuales los Pacientes solicitaron orientaciones médicas, por considerarlas comunes.
- Escribir tan confuso e incomprensible que no solo se dificulta leer su contenido, sino poder utilizarlo como fuente de datos para investigaciones futuras.
- No reflejar con nitidez el pensamiento o juicio clínico sobre la evolución y pronóstico de la persona atendida o examinada.
- Omitir resultados de exámenes complementarios u otras pruebas, realizados en la atención secundaria de salud, que dificultarían en el nivel primario continuar el seguimiento clínico, si así fuera preciso, o emitir determinada dieta, entre otros inadmisibles inconvenientes.
- Prescindir de los aspectos relacionados con el medio laboral o familiar del paciente, que pudieran influir positiva o negativamente sobre su recuperación ⁽¹⁰⁾

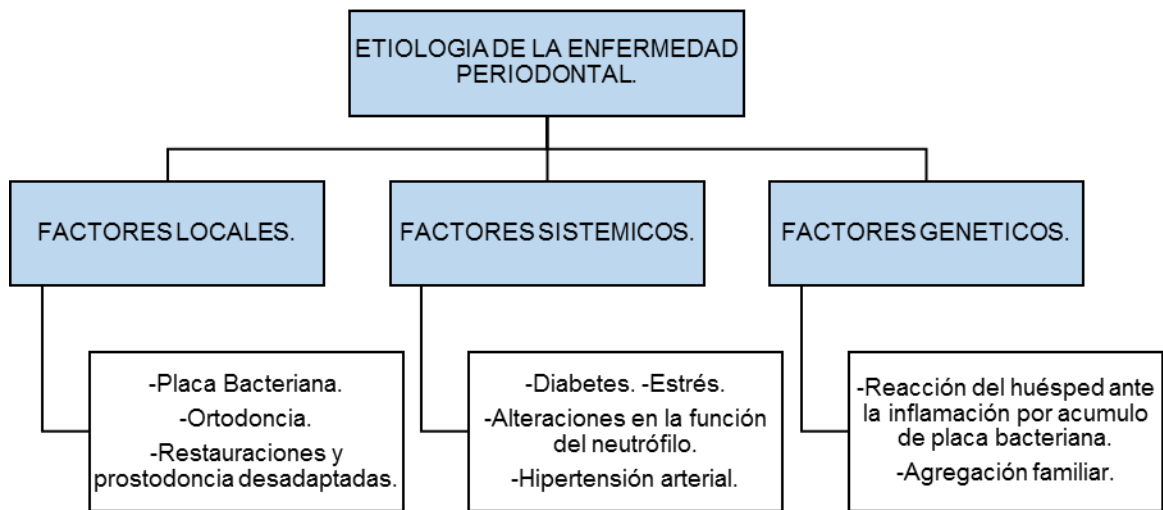
En consecuencia, el especialista en cualquier campo disciplinar debe considerar y estudiar al enfermo en su entorno, a fin de diagnosticar el proceso con sus características individuales y ambientales, así como de adoptar las medidas curativas y de rehabilitación correspondientes ⁽¹¹⁾.

1.4.2. CAPITULO II

1.4.2.1 La enfermedad periodontal - Factores etiológicos. La enfermedad periodontal se considera una enfermedad crónica multifactorial, donde la capacidad limitada del huésped trae como resultado la aparición de alteraciones en el periodonto, que se expresan desde una discreta inflamación gingival hasta la pérdida de hueso de la cresta alveolar y posteriormente la pérdida de dientes.

Las interacciones prolongadas de factores, muchas veces sutiles, quizás no sean rápidamente demostradas, pero sus funciones pueden ser razonablemente deducidas; de ahí se propone que el inicio de la enfermedad periodontal depende de la concurrencia de un grupo de factores personales que pueden no ser considerados dentro del contexto de la periodontitis, sin embargo, estos si pueden ser agravantes a la enfermedad ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Además, la distribución y severidad ha variado entre los países, e incluso al interior de los mismos, dependiendo de los factores socioculturales y ambientales ⁽²²⁻²³⁾. Hoy se sabe que la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno pueden influir en la evolución de la enfermedad periodontal hasta los estadios severos, en los cuales se presentan la pérdida de dientes, afectando entre el 5 y 15 % de la población general ⁽¹⁷⁾.



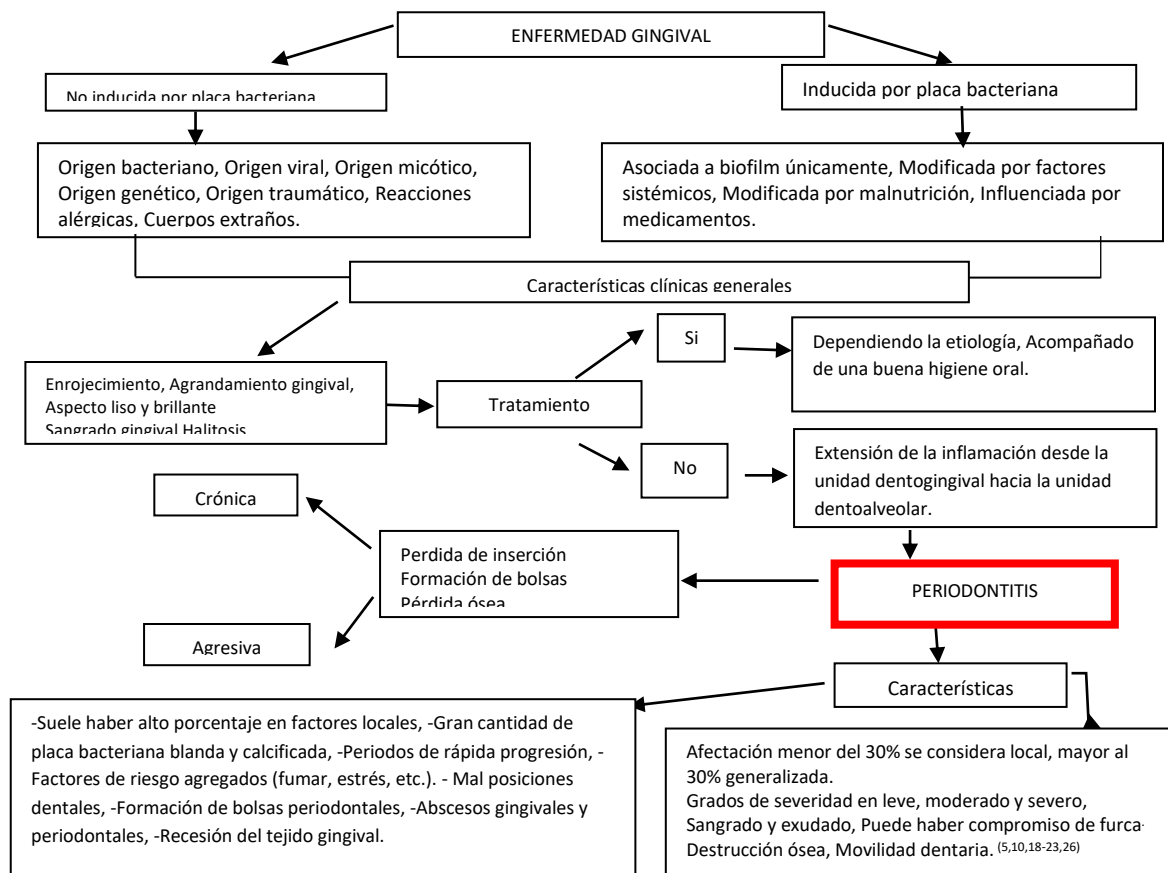
Fuente: Anales de periodoncia 1999⁽¹⁷⁾

Como parte importante de la salud general de las personas se encuentra la salud bucal y cualquier alteración en ella puede influir en su bienestar. No obstante, los avances en el campo odontológico, las patologías bucales continúan siendo una carga muy importante para el sistema de salud, llegando a constituirse en problemas de salud pública tanto a nivel mundial como nacional. Los hallazgos epidemiológicos de la enfermedad periodontal son considerados un sub registro,

ya que en muchas circunstancias no se hace examen clínico periodontal detallado, sumado a que el odontólogo general tiene la idea de que la enfermedad periodontal se presenta con mayor frecuencia en el adulto que en el niño o el joven, siendo este un factor de confusión a nivel epidemiológico que influye en la interpretación de las evidencias ^(17,18).

Aunque la enfermedad periodontal es la segunda causa de morbilidad bucal no solo en los países industrializados sino en los que están en vía de desarrollo como Colombia. Así seguimos evidenciando la importancia de evaluar la presencia de enfermedad periodontal y necesidades de tratamiento para el cual se debe utilizar los índices periodontales ⁽¹⁷⁾.

A continuación, se presenta un algoritmo sobre el proceso en el que se genera la enfermedad periodontal.



1.4.3. El índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal (ICPNT). Para este índice, el examen clínico se realizó de la siguiente manera: el operador en el sillón odontológico, valoró primero la higiene bucal y subsecuentemente el índice (ICPNT) ^(14,15,18).

Para la toma del índice ICPNT se utilizó la sonda periodontal WHO usando los siguientes códigos:

CODIGO 0	Tejidos periodontales sanos
CODIGO 1	Sangrado gingival, observado hasta 30 min después del sondaje, sin bolsa periodontal.
CODIGO 2	Placa bacteriana calcificada supra y subgingival.
CODIGO 3	Bolsas periodontales leves y moderadas (3-5) el área negra de la sonda se encuentra a nivel del margen.
CODIGO 4	Bolsas periodontales profundas (6mm)

Se divide la boca en seis sextantes; y se evalúan los dientes según su posición para la superficie vestibular y para la superficie lingual.

S1 16 o 17 vestibular	S2 11 o 21 vestibular	S3 26 o 27 vestibular
S4 46 o 47 lingual	S5 31 o 41 vestibular	S6 36 o 37 lingual

Al realizar el sondaje, si el sangrado no se evidenciaba de inmediato, se esperaron 20 segundos y se presionaba sobre el margen de la encía, verificando la presencia de sangrado antes de registrar el dato para cada sextante, eligiendo como diente índice de cada sextante el que presentaba las más deficientes condiciones periodontales ⁽¹⁸⁾. En cuanto a las necesidades de tratamiento periodontal (TN), se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: una vez

identificado el código más alto para clasificar la enfermedad del sujeto, se valoró así ⁽¹⁵⁾:

TN 0	Sujeto sano, no requiere de tratamiento.
TN 1	Instrucciones en higiene oral y motivación.
TN 2	Detartraje, profilaxis, instrucciones en higiene oral y motivación.
TN 3 y 4	Tratamiento completo, profilaxis, instrucción en higiene oral, motivación, remisión al Periodoncista.

El índice CPITN propuesto por la OMS, empleado es un método ampliamente utilizado, estandarizado y sencillo que permite establecer si estamos ante gingivitis o periodontitis y puntualizar las necesidades de tratamiento, lo que facilita la toma de decisiones en la implementación de programas preventivos y curativos que limiten el daño en la comunidad. Sin embargo, no permite caracterizar de manera completa la magnitud de la periodontitis de acuerdo a la clasificación actual de la Enfermedad periodontal propuesta por la Academia Americana de Periodoncia, así mismo la literatura nos indica una serie de índices periodontales con objetivos claros para usar en pro de un buen diagnóstico periodontal dentro de los cuales se presentan: índice de extensión y severidad estimando la pérdida de inserción periodontal en los sitios mesovestibular y vestibular de 14 dientes considerándose un sitio enfermo cuando se hallaba pérdida de inserción mayor a 1 mm, este índice presenta 2 componentes: el primero referente a la extensión que describe la cantidad de dientes examinados enfermos y en segundo lugar la severidad o gravedad⁽¹⁴⁾, así que el valor de gravedad para un individuo es la pérdida de inserción promedio por sitio examinado. El índice gingival es evaluado con los siguientes criterios:

0	Encía normal
1	Inflamación leve: cambio leve de color y edema ligero. Sin hemorragia al sondaje.
2	Inflamación moderada, enrojecimiento, edema y brillo, hemorragia al sondaje.
3	Inflamación intensa. Enrojecimiento y edema intensos, ulceración, tendencia a hemorragia espontanea.

El grado de movilidad dental, los exámenes radiográficos, índice gingival, presencia de placa bacteriana que puede ser reportado en el índice de O'Leary determinando la capacidad de eliminar la placa bacteriana mecánicamente utilizando una pastilla o solución reveladora para teñir las superficies ⁽¹⁵⁾

0	Ausencia de inflamación
1	Inflamación leve: poco cambio de color y en la textura.
2	Inflamación moderada: afecta toda la región marginal gingival.
3	Inflamación moderada: brillo, enrojecimiento, edema.
4	Inflamación intensa: enrojecimiento intenso, sagrado espontaneo, o ulceraciones

$$\frac{\text{cantidad de superficies teñidas}}{\text{total de superficies presentes}} \times 100$$

Es importante resaltar que la presencia de una biopelícula producto de la organización estructural de diferentes tipos de microorganismos es el sustrato propicio para desencadenar las alteraciones en el tejido gingival, proceso que se facilita con una deficiente higiene oral ^(14,15,18).

1.4.3.1 Índices periodontales. Los índices en higiene oral y los periodontales son instrumentos que permiten cuantificar la situación de ocurrencia de salud-enfermedad, de los tejidos periodontales y los factores de riesgo ^(15,18).

1.4.3.2 Índice de placa de Silness y Loe

Grado 0	Ningún acumulo de biofilm
Grado 1	Biofilm en el margen gingival; solo reconocible con la sonda.
Grado 2	Moderado biofilm a lo largo del margen gingival; espacios interdentes libres; se reconoce biofilm a simple vista.
Grado 3	Bastante acumulo de biofilm a lo largo del margen gingival, espacios interdentes ocupados por biofilm.

1.4.3.3 Índice de Loe y Silness

Este índice se basa en el sangrado como un criterio importante de inflamación ^(15,18).

Grado 0	Encía normal, ninguna inflamación, ningún cambio de color, no existe sangrado.
Grado 1	Inflamación leve, ligero cambio de color, pequeña alteración de la superficie, no existe sangrado.
Grado 2	Inflamación moderada, enrojecimiento, inflamación, sangrado al sondaje y a la presión.
Grado 3	Fuerte inflamación, enrojecimiento intenso, tendencia a la hemorragia, eventualmente ulceraciones.

1.4.3.4 Índice de Higiene oral simplificado de Green y Vermillon

Componentes del Índice:

-Índices de placa blanda → restos de alimentos, pigmentos.

-Índices de placa calcificada → miden el llamado cálculo dental (si hay aumento significa que hay mala higiene y que no ha habido control odontológico últimamente).

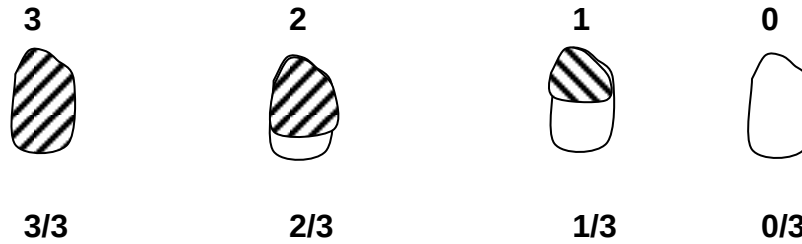
Dientes que mide:

-1.1 }
-1.6 } dientes superiores, se les mide por la cara vestibular
-2.6
-4.6 }
-3.1 } dientes inferiores, se les mide por la cara lingual
-3.6

Criterios:

Depósitos de placa blanda:

0	No hay depósitos ni pigmentaciones
1	Existen depósitos en no más del 1/3, y no hay pigmentación
2	Existen depósitos que cubren más del 1/3, pero menos que 2/3
3	Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria



Depósitos placa calcificada:

0	No hay presencia de placa calcificada
1	Placa calcificada supra gingival no es más de 1/3
2	Placa calcificada supra gingival cubre más de 1/3, pero no más de 2/3 (es típico en molares superiores por la salida del conducto de Stenon).
3	Cubre más de 2/3 o existe banda de tártaro subgingival que rodea la porción cervical del diente (más típico en piezas antero inferiores por la salida de la Gl. Submaxilar).

Cálculo del índice:

Se obtiene de la combinación de ambos índices (duros y blandos). Teniendo como valor máximo = **6** (3 por los blandos y 3 por los duros).

Valor individual → permite precisión, y saber la cronicidad.

El valor combinado → permite hacerse una imagen o idea global.

- Se obtienen 12 medidas por individuo (6blandas y 6duras).

- Si calculo las 12 medidas (6 dientes – 6blandos y 6 duros) → el valor máximo a encontrar sería 36 (6 blandos x 3 = 18 y 6 duros x 3 =18).

Índice de depósito blando o duro	$\frac{\text{valor promedio por cada diente}}{6}$
----------------------------------	---

1.4.3.5 Índice Gingival de Løe y Silness

Se examinan los dientes de Ramfjord, son 6 dientes:

- 1.6
- 2.1
- 2.4
- 3.6
- 4.1
- 4.4

Se registran las 4 superficies lisas de cada diente, esto suma un valor máximo posible de 24 mediciones (4 x 6).

El promedio del total de las mediciones efectuadas constituye el IG para toda la boca del individuo.

Se emplea sonda periodontal para el examen.

Criterios:

0 → Ausencia de inflamación.

1 → Inflamación leve, leve cambio en el color y hay edema gingival. No sangra al sondaje.

2 → Inflamación moderada, enrojecimiento, edema e hipertrofia gingival. Sangra al Sondaje (a los 10 segundos).

3 → Inflamación severa, marcado enrojecimiento e hipertrofia. Puede haber ulceraciones.

1.4.3.6 Índice Periodontal y Necesidad Tratamiento de la comunidad (CPTIN)

Mide la enfermedad: Permite determinar la necesidad de tratamiento; Mide la severidad; Mide los factores causales ^(14,18).

Sextante 1 2 M Sup der → 1 PM der	Sextante 2 Canino Sup der → C izq.	Sextante 3 1 PM Sup izq. → 2 M izq.
Sextante 4 2 M Inf der → 1 PM der	Sextante 5 Canino Inf der → C izq.	Sextante 6 1 PM Inf izq. → 2 M izq.

Códigos y Criterios:

Código x	Cuando no hay diente o los sextantes tienen indicación de extracción.
Código 4	Área negra de la sonda no se ve, queda por debajo del margen gingival, bolsa periodontal de 5 mm o más.
Código 3	Área codificada negra se encuentra a nivel del margen gingival, indica presencia de una bolsa de 3.5 a 5.5 mm de profundidad
Código 2	Presencia de placa calcificada u otro factor retentivo de placa bacteriana. Área codificada negra de la sonda es visible. Si tengo una obturación defectuosa que llega a la encía → la codifico en el 2.
Código 1	Sangrado al sondaje periodontal (hasta 30 seg después).
Código 0	Sano

Código y necesidad de tratamiento:

0	Educación para la prevención en salud
1	Instrucciones para el control de la placa.
2	Raspaje y alisado radicular (pulido de restauraciones defectuosas) control de placa
3	Raspaje y control de placa
4	Raspaje supra y subgingival o intervención quirúrgica control de placa

1.4.3.7 Índice de sangrado gingival

Positivo +	Presencia de Sangrado al sondaje
Negativo -	No hay sangrado al sondaje

Es según diente, no según cara. Este índice es solo aplicable a exploración individual.

$$\% \text{ de piezas que sangran} = \frac{\text{Número de lugares que sangran} \times 100}{\text{Número de lugares medidos}}$$

Siendo estos los índices utilizados en periodoncia, permitiéndonos hacer objetiva la observación, y acceder a la cuantificación de las condiciones clínicas en una escala graduada facilitando la comparación entre salud y enfermedad.

Los factores de riesgo para la enfermedad periodontal, afectan el desarrollo adecuado de un diagnóstico y plan de tratamiento, dentro de estos factores de riesgo tenemos el stress emocional, diabetes, agregación familiar un componente genético y al tabaquismo ^(16,23). Al hablar un poco de este último factor indica que el fumar aumenta la susceptibilidad a las bacterias periodonto-patógenas y la destrucción del tejido periodontal. Hay poca información sobre el efecto del

tabaquismo sobre la degradación de la matriz extracelular y, especialmente, la activación de las MMP, el efecto del consumo de tabaco en el periodonto es independiente del nivel de placa. De acuerdo a estudios Calsina y cols en 1995⁽²¹⁾ con Feldman et al. Encontró significativamente menos placa en los fumadores que en los no fumadores. Al igual que encontró más cantidad de pérdida de inserción clínica en los fumadores ^(20,21).

Por medio de las metaloproteinasas de la matriz (MMPs) que son las enzimas clave que se han asociado con la severidad de la inflamación y la enfermedad periodontal y juegan un papel importante en la degradación de los tejidos del huésped. La MMP-8, es la principal MMP colagenolítica en el tejido gingival y los fluidos orales, su expresión está regulada principalmente por la desgranulación de los neutrófilos y ha sido detectado en los tejidos periodontales sanos e inflamados de los pacientes con periodontitis crónica no tratados y es más prevalente en los pacientes con periodontitis crónica y fumadores ^(5,21).

Haber y cols. en el 2003 ⁽²¹⁾ Encontraron que hubo un mayor porcentaje de fumadores y ex fumadores con destrucción periodontal avanzada. Hoffman et al. en el 2004⁽⁵⁾, informó que el riesgo de tener periodontitis fue 2,71 veces mayor en los fumadores moderados y 4,53 veces mayor en los fumadores pesados que los no fumadores. En el presente estudio se encontró, aunque el tabaquismo es conocido por producir vasoconstricción periférica, esto es precedida por la vasodilatación. En cualquier caso, particular, el efecto producido es probablemente relacionado con el grado de inhalación del humo del tabaco y la tasa de absorción de la nicotina. La nicotina del cigarrillo estimula los ganglios simpáticos para producir neurotransmisores incluyendo catecolaminas. Estos afectan a los receptores alfa en los vasos sanguíneos que a su vez provoca la vasoconstricción ^(5,20,21).

La vasoconstricción de los vasos sanguíneos periféricos causado por el tabaquismo puede afectar el tejido periodontal en los fumadores en razón a que presentan menos signos evidentes de la gingivitis que los no fumadores. Los signos clínicos de inflamación gingival como enrojecimiento, sangrado y exudación no son tan evidentes en los fumadores. Las acciones vasoconstrictoras de la nicotina pueden ser responsables de la disminución del flujo sanguíneo gingival. El consumo de tabaco también se ha asociado con una permeabilidad reducida de los vasos sanguíneos periféricos. En general, se sugiere que el tabaquismo prolongado y pesado puede reducir el sangrado gingival y por lo tanto enmascarar el marcador clínico de sangrado al sondaje a menudo utilizado por los odontólogos para monitorear la salud periodontal ^(20,21); pero este signo clínico no es el único daño ocasionado por este factor de riesgo, según Calsina y cols en 1995⁽²¹⁾ reportan en sus estudios mayor profundidad de bolsas y pérdida de inserción, así mismo presentando peor respuesta al tratamiento periodontal y a los controles de mantenimiento ⁽²¹⁾.

De acuerdo a la literatura revisada queda en evidencia que el hábito de fumar influye negativamente en la salud periodontal lo que se ha atribuido a sustancias en el tabaco como la nicotina, la cual tiene una acción vasoconstrictora e inmunosupresora de los polimorfonucleares orales ⁽²²⁾.

Con base en la literatura podemos afirmar otros factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad periodontal como la relacionada con la genética esto no lo concluye Nibali L y cols. en el 2008 ⁽¹⁹⁾ con su estudio demostrando un riesgo alto para los pacientes con antecedentes familiares de periodontitis agresiva debido a los polimorfismos genéticos en el gen IL6 el cual tiene un impacto en la etiopatogenia ⁽¹⁹⁾.

Así como la IL6 presenta un impacto, existen mediadores inflamatorios que se encuentran implicados en el proceso de reabsorción ósea, entre ellos se

encuentran citoquinas como la IL-1, demostrando que juega un papel importante en enfermedades de tipo crónico como la enfermedad periodontal, además estimula la secreción de metaloproteinasas, Ig G2, Pg E2, la actividad osteoclástica, la proliferación celular y destrucción de tejido. La IL-1 β es la más activa de las citoquinas para estimular la reabsorción ósea, se caracteriza por ser un potente activador de la actividad osteoclástica, lo cual explicaría su responsabilidad en el 60% o más de la reabsorción ósea ^(5,19).

Algunas variaciones genéticas pueden generar cambios funcionales, haciendo al individuo más susceptible a la enfermedad o al aumento de la severidad, entre estas variaciones genéticas se encuentran tenemos los nombrados polimorfismos, actuando en lugares determinado del ADN ^(17,19).

El desarrollo y progresión de la reabsorción ósea ha sido motivo de estudio en diferentes ramas de la Salud. En odontología ha demostrado ser de gran interés debido a las implicaciones que puede tener sobre los diferentes tratamientos a realizar en las áreas clínicas de periodoncia, donde la pérdida ósea puede comprometer negativamente la supervivencia del diente en la cavidad oral ^(17,19).

La existencia de polimorfismos genéticos puede ayudar a explicar por qué el desarrollo de la enfermedad periodontal se puede manifestar de manera diferente ante el tratamiento en diferentes pacientes ^(17,20,22).

En razón a que la enfermedad periodontal es un proceso crónico que causa lesión con destrucción del tejido conectivo y de soporte de los dientes, por el gran acumulo de placa bacteriana y la acción proveniente de esta. Esta placa no es la única causa de enfermedad periodontal, y cada paciente reacciona diferente a tal acumulo además que existen muchos factores externos que influyen en la aparición de este proceso inflamatorio, que se inicia con gingivitis. Dentro de los múltiples factores asociados a la enfermedad periodontal aparte de los ya

mencionados como el tabaquismo, factores genéticos encontramos (Síndrome de Papillon LeFevre, Síndrome de Down), embarazo, pubertad, estrés, malnutrición y a enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus ⁽¹⁹⁻²²⁾.

Este último factor La diabetes mellitus se encuentra en un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por aumento de los niveles de azúcar en la sangre, debido a defectos en la producción o secreción de insulina, por alteración de la configuración de los receptores celulares. ^(20,22)

Esta enfermedad produce invalidez parcial o total en las personas que la padecen, por sus múltiples lesiones originadas ocasionando importantes niveles de morbilidad. ^(20,22)

La enfermedad periodontal, asociada a la diabetes mellitus, es probablemente la lesión más frecuente que presentan estos pacientes en región oral, limitando de esta manera el consumo de alimentos y perpetuando la elevación glucémica. Se ha planteado varios mecanismos que podrían aumentar el riesgo en la enfermedad periodontal, estos podrían ser: ^(20,22,23)

1. La micro flora oral, que podría estar aumentada por la inmunosupresión que existe en el paciente diabético.
2. Cambios vasculares, que se producen en procesos hiperglucémicos crónicos, con disminución del lumen vascular, llevando a hipoxia crónica en los tejidos a diferencia de pacientes no portadores de diabetes. ⁽²⁰⁾
3. Respuesta diferenciada del huésped, secundaria a engrosamiento de la membrana basal, lo que disminuiría la migración leucocitaria, lo que se encontraría apoyada por la hiperlipemia que presentan los diabéticos.
4. Aumento de citoquinas inflamatorias, como de la PGE2 e IL-1 y TNF4, que es mayor a la de los pacientes no diabéticos. ^(21,22)

5. Disminución de anticuerpos, por aumento de PGE2 que es un inhibidor de los mismos, colágeno, por reducción de su síntesis, disminución de producción de matriz ósea, mayor actividad colagenolítica en la encía, degradación del colágeno nuevo, aparentemente por la presencia de genes HLA DR3/4 y HLA DQ encontrados en pacientes diabéticos y aumento de secreción del TNF. (22,23)

De este modo si el paciente mantiene los niveles altos de glucemia, se produce la glucosilación de proteínas que afectará en gran medida la remodelación tisular, afectando la fibronectina de la membrana basal, con cambios en sus propiedades físicas, lo cual disminuirá la adhesión de los fibroblastos gingivales y del ligamento periodontal, además de reducir la migración celular, enlenteciendo la reparación celular. (20,21,23)

Para hablar del último factor de riesgo el estrés, se muestra que recientemente, diversos estudios han intentado relacionar el estrés psicológico a la prevalencia y progresión de la enfermedad periodontal, con diferentes resultados en función de la población estudiada, así como de la capacidad de aislar este posible factor de riesgo de otros que pudieran influir directa o indirectamente en los resultados. (22,23)

El cortisol es una hormona producida en la corteza suprarrenal, y uno de los glucocorticoides más importantes. Tiene un fuerte impacto sobre el metabolismo intermediario, induce un incremento en la concentración de azúcar en sangre, e influye en el metabolismo de las grasas. Además de estos efectos endocrinos, tiene importantes propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras, inhibiendo la formación de linfocitos e induciendo hiperplasia del tejido linfático (Sanan y Antón 1988). Como la producción de anticuerpos está inhibida simultáneamente, hay un marcado descenso en la defensa inmune humoral. Esto puede dar una

oportunidad a las bacterias periodontales de proliferar y posiblemente invadir los tejidos, dando lugar, finalmente, a una respuesta inflamatoria más extensa. ^(22,23).

Deinzer y cols en 1999 ⁽²⁴⁾ realizaron un estudio prospectivo en el que se observó mayor frecuencia de deterioro severo de la salud gingival, en un grupo de sujetos, después de haber pasado un período de exámenes académicos, comparado con un grupo control que no experimentó estos exámenes. Deinzer y cols en 1999 ⁽²⁴⁾ realizaron un experimento para valorar la relación entre estrés académico e inflamación gingival, valorando cambios en la IL-1 β , un componente del sistema inmune que se piensa que juega un papel en la destrucción del tejido periodontal. ⁽²³⁾

Teniendo como referencia estudios donde se observó que se abandonó la higiene oral por 21 días, para generar medio propicio para inducir gingivitis experimental en esos cuadrantes, mientras mantenían niveles altos de higiene oral en los otros dos cuadrantes. Se observó que se presentaron niveles elevados de IL-1 β en ambas zonas (con y sin gingivitis) indicando que el estrés podría afectar a la salud periodontal al suprimir la actividad del sistema inmune logrando que esta relación es más pronunciada cuando la higiene oral no es mantenida ⁽²⁵⁾.

1.4.4 CAPITULO III

1.4.4.1 Validación y evaluación de instrumentos de recolección de datos.

En el progreso por ajustar el estado de salud y los distintos procesos en el desarrollo de la enfermedad, los diferentes especialistas en salud deben entregar toda su formación, conocimiento y experiencia, con el fin de poder lograr cuestionarios que permitan evaluar conductas y procesos, y a su vez puedan ser

de utilidad en la investigación clínica ⁽²⁶⁻²⁸⁾. La aplicación de un instrumento o formato, no está exento de dificultades en la práctica. Estos instrumentos muchas veces requieren la colaboración del paciente, de forma que presente una formación básica suficiente para responder a las preguntas. De igual manera la forma y el modo de preguntar y el lenguaje utilizado son fuentes de sesgos, así como los factores culturales que deben ser tomados en cuenta para la aplicación y validación en países y ciudades que comparten el mismo idioma. ⁽²⁹⁻³¹⁾

Para la validación de un instrumento de medida hay que comenzar precisamente por este punto, adaptar culturalmente los formatos al entorno donde se va aplicar y tener en cuenta las características psicométricas. ^(24,27)

1.4.4.1.1 Características psicométricas de un instrumento. Evaluar las propiedades psicométricas de un instrumento es esencial para determinar la calidad ⁽¹²⁾ y precisión y para esto se requiere fiabilidad y validez, sensibilidad y factibilidad. Siendo los 2 primeros conceptos los tomados con más importancia. Entendiéndose así: La fiabilidad mide una variable de manera constante y la validez hace referencia a que el instrumento o formato mide lo que quiere medir o lo que tenga como objetivo identificar o mostrar. ^(24,29,30)

La validación de un instrumento es un proceso continuo y dinámico que va adquiriendo más estabilidad cuantas más propiedades psicométricas se hayan medido, con distintas muestras poblacionales y sus diferentes culturas. ^(24,29,30)

Según hogan en 2004⁽²⁶⁾, la validez indica que los criterios de aplicación y calificación claras y exactas y los altos niveles de confiabilidad son deseables en un instrumento, pero que lo más importante es la validez. La razón de esto es que la validez hace referencia al grado en que realmente el instrumento está midiendo el atributo que se supone mide. ^(12,16)

1.4.4.1.2 Construcción de un instrumento. 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. (12,26,29).

La importancia de construir un instrumento con dichas características es que sin lugar a duda se obtendrá una herramienta que permita obtener evidencia y ser catalogado como un instrumento científico. (24,29,30)

El paso a seguir es la aplicación y calificación de los instrumentos, el cual es de gran importancia, ya que los instrumento pueden cumplir con los criterios de calidad necesarios, pero si el usuario incurre en errores de aplicación no se obtendría la información real y verdadera que se requiere para alcanzar el objetivo propuesto. Así que todo instrumento debe tener un manual de uso según si es el caso que se requiera para su correcta aplicación o recibir un adecuado entrenamiento, el cual algunas veces es tan sencillo como leer previamente el instrumento y otras veces un poco más complejo como son los instrumentos aplicados a la salud que requieren un aprendizaje asistido por expertos. (32-34)

Autores como Kaplan y Saccuzzo en 2006 ⁽³⁴⁾, argumentan que para la adecuada aplicación y calificación de los instrumentos de medición. Es necesario contar con una adecuada planeación, es decir, no realizarla como obligación, sino teniendo en cuenta objetivos claros y bien definidos basados en población y resultados, disponer del tiempo necesario para la evaluación, y contar con el personal profesional entrenado en dicho tema y en el uso de herramientas o instrumentos. (26,27,34).

1.5 COMPARATIVO HISTORIAS CLINICAS ACADÉMICAS POSGRADO PERIODONCIA

COMPARATIVO HISTORIAS CLINICAS ACADEMICAS POSGRADO PERIODONCIA I		
UNIV ANDRES BELLO	UNIVERSIDAD EL BOSQUE	UNIV. UNICOC
VIÑA DEL MAR/CHILE	BOGOTA COLOMBIA	BOGOTA COLOMBIA
INFORMACION GENERAL	INFORMACION GENERAL	INFORMACION GENERAL
Datos del Paciente	Datos del Paciente	Datos del Paciente
Motivo de Consulta	Tipo de Población	Motivo de Consulta
ANAMNESIS	ANAMNESIS	EXAMEN FISICO
Antecedentes específico	Motivo de Consulta	ANAMNESIS
Cardiovascular	Historia de la Enf. Actual	Historia Medico Familiar
Diabetes	Antecedentes Médicos	Historia Medico Personal
Embarazo	Antecedentes Familiares	Historia Odontológica
Alteraciones hormonales	Antecedentes Psicosocial	Antecedentes Odontológicos
Fumador	Antecedentes Odontológicos	Atención Recibida
No de Cigarrillos la día	Factores de Riesgo Periodontal	Higiene Oral
Esress		Antecedentes Psicológico
	HIGIENE ORAL	Historia Estomatológica
P.S.R.		Dolor Muscular
	FACTORES BIOLOGICOS	Ruido Articular
ANAMNESIS ODONTOLOGICOS	Riesgo Enfermedad Periodontal	Alteración en el Movimiento
HABITOS	Sangrado de Encías	Desarmonías Oclusores
Tipo de cepillo	Acceso de Encías	Hábitos
Onicofagia	Movilidad Dental	Xerostomía
Interposición Lingual	Perdida de Diente por Aflojamiento	Sensibilidad dental
Respirador Bucal	En la Familia Alguien Sufrió de	Sangrado Gingival
Bruxismo	Aflojamiento de Dientes	Halitosis
Interposición de Objetos		
ANT.ENFER.PERIODONT	TRATAMIENTO RECIBIDO	EXAMEN FISICO ORAL
Dolor		Evaluación de Tejidos Blandos y óseos
Sangrado	REVISION POR SISTEMAS	
Mov.Dental	EXAMEN FISICO	
		EXAMEN FISICO CRANEO MANDIBULAR
Halitosis	Aspecto General	
EXAMEN EXTRA ORAL	Examen Extraoral	Examen de Articulación

	Examen Articular	Examen de Movimiento Mandibular
EXAMEN INTRA ORAL		
Tejidos Blandos	EXAMEN INTRAORAL	Examen Dentario
	Tejidos Blandos	PERIODONTOGRAMA
EXAMEN OCISION ATM	Mucosas Orales	ODONTOGRAMA
Dinámica Mandibular	Glándulas Salivales	EXAMENES COMPLEMENTARIOS
	Tejidos Duros/Óseos	EXAMENES DE LABORATORIO
EXAMEN PERIODONTAL		DIAGNOSTICO
Color	ANALISIS DE INDICES	Generales
Forma	Ind. SILNESS y LOE	Craneomandibular
Posición	Ind. Gingival Modificado	Tejidos Blandos y Óseos
Tamaño	CP ITN	Periodontales
Consistencia y Superficie	Indo. Extensión y severidad	Dentales
INDICES PERIODONTALES	ODONTOGRAMA	
Indo. O'Leary		IDENTIFICACION DEL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD
Indo. Hemorrágico	IMPRESION DIAGNOSTICA Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS	
PERIODONTOGRAMA		PLAN DE TRATAMIENTO
	PERIODONTOGRAMA	Plan de Tratamiento Ideal
FACTORES RETENEDORES DE BIOFILM		Tratamiento a Realizar
	ANEXO PERIODONTAL	
	Historia de la Afección Periodontal	SECUENCIA PLAN DE TRATAMIENTO
ALTERACIONES MUCOGIN	Análisis de Factores de Riesgo	
	Existe en su Flia Casos	
EXAMEN Rx	Es o ha sido Fumador	ANEXO PERIODONTAL
	Es diabético	
DIAG/ETIOLOGIA	SIDA	DIAGNOSTICO PERIODONTALES
Factores Locales	Síndromes Asociados	
Factores Oclusores		PRONOSTICO PERIODONTAL
Factores Sistémicos	EXAMEN PERIODONTAL	
	Color	SECUENCIA PLAN DE TRATAMIENTO
PRONOSTICO	Consistencia	
General	Margen	HALLAZGOS CLINICOS
Local		
Fundamentos del Pronos	ANALISIS DE PLACA BACTERIANA	HALLAZGOS Rx

COMPARATIVO HISTORIAS CLINICAS ACADEMICAS POSGRADO PERIODONCIA II		
UNIVERSIDAD NACIONAL	UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO	UNIVERSIDAD DEL ECUADOR
BOGOTA COLOMBIA	SANTIAGO DE CHILE	QUITO/ECUADOR
INFORMACION GENERAL	INFORMACION GENERAL	INFORMACION GENERAL
Datos del Paciente	Datos del Paciente	Datos del Paciente
Motivo de Consulta	Motivo de Consulta	Motivo de Consulta
ANAMNESIS	ANAMNESIS	ANAMNESIS
Antecedentes Familiares	Anamnesis General	Enfermedad Actual
Ant. Socioeconomicosocial	Anamnesis Odontológica	Ant. Personales y Familiares
Manejo Tiempo Libre	Anamnesis Periodontal	
	Características de la Encía	SIST. ESTOMATOLOGICO
EXAMEN EXTRAORAL	Color	
	Forma	ODONTOGRAMA
EXAMEN INTRAORAL	Textura	
Tejidos Blandos: Mucosa de revestimiento, Especializada y Masticatoria		IND. SALUD BUCAL
	HABITOS ORALES	Índice Oleari
	Bruxismo	
	Onicofagia	PERIODONTOGRAMA
EXAMEN DENTAL	Interposición Lingual	
		HIGIENE ORAL
ESTRUCTURAS OSEAS	INDICE GINGIVAL	
	Índice LOE y SILNESS	DIAGNOSTICOS
INDICADORES DE HIGIENE	Índice de Placa	
Control de Placa	Índice de Cálculos	TRATAMIENTO
		Indicaciones
ANAMNESIS OROFACIAL	FACTORES DE RIESGO	Recomendaciones
	Sistémico	
ANT. ESTOMATOLOGICO	Local	
HIGIENE ORAL	EXAMEN INTRAORAL	
EXAMEN FISICO GENERAL	EXAMEN FUNCIONAL	
ODONTOGRAMA	ODONTOGRAMA	
PERIODONTOGRAMA	PERIODONTOGRAMA	

EXAMENES COMPLEMENTARIOS	EXAMEN MICROBIOLOGICO	
	Cultivos	
DIAGNOSTICO INICIAL		
Sistémico	DIAGNOSTICO FUNDAMENTOS	
Oral		
TRATAMIENTO A REALIZAR	PLAN DE TRATAMIENTO	
Urgencias	Fase Sistémica	
Sistémico	Fase Preventiva	
Fase Higiénica	Fase Quirúrgica	
Fase Re evaluativa	Fase de Mantenimiento	
Correctiva Inicial		
Correctiva Final		
Mantenimiento		

1.6 MARCO REFERENCIAL

Algunas investigaciones abordan el tema de la historia clínica, entre ellas se cuentan la realizada por Patel y cols en 2002⁽³⁵⁾, que han concluido que si quienes diseñan los sistemas de registros de datos de los pacientes no tienen en cuenta la información relevante que deba ser consignada para la comprensión de los problemas médicos de los pacientes, ésta puede perderse afectando no sólo la relación médico-paciente, sino influenciando negativamente la prestación del servicio. Otros como la investigación desarrollada por Advin y cols en 2002⁽³⁵⁾, han concluido que el uso de registros médicos sistematizados no modifica la relación médico paciente al compararlos con los sistemas tradicionales de diligenciamiento de la historia clínica. Iguaes resultados obtuvieron Solomon y Dechter, quienes en 1995, evaluaron la percepción que los pacientes tuvieron de la consulta médica con la utilización del computador como medio para consignar la historia clínica; no se evidenció diferencia en el grado de satisfacción de los pacientes frente a la consulta con historia clínica sistematizada o sin ella, de hecho sorprende el hallazgo de que algunos pacientes ni siquiera notaron la presencia o no del computador como medio para la consignación de la información ^(2,7,9,35).

Respecto a las modificaciones realizadas a este documento, son muy pocos los reportes, pues generalmente esta actividad es realizada de manera interna en las instituciones prestadoras de servicios de salud sin un rigor documental que permita su revisión y análisis posterior; sin embargo, se pueden encontrar algunas propuestas, tales como ^(8,20,21):

Parreño y cols en 1996⁽³¹⁾, presentaron la Propuesta de un modelo de historia clínica ginecológica simplificada, la cual se planteó debido a la necesidad de contar con un instrumento más resumido, que abarque todos los datos posibles que pueda contener, de fácil llenado y bajo costo para ser utilizado en el Hospital

Municipal de San José en Quito, Ecuador, en correspondencia con las necesidades presentes en dicho hospital. ⁽³¹⁾

Jiménez y cols en 1996⁽³¹⁾ Presentaron durante el XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica en 1997, la Propuesta de modelo de historia de bioética, la cual se planteó para ser incorporada a la historia clínica empleada principalmente por los médicos asistenciales y los profesionales de la enfermería. ⁽³¹⁾.

Letaief y cols. 2003⁽³¹⁾ realizaron una evaluación sobre la calidad de las historias médicas en hospitales regionales de Monastir – Túnez. La muestra del estudio estuvo constituida por 380 historias médicas de tres hospitales regionales en Monastir, las cuales fueron auditadas utilizando los estándares de referencias médicas desarrollados por equipos extranjeros y que fueron adaptados a las características de cuidados médicos de Túnez. Los resultados mostraron que la calidad de las historias clínicas debe ser mejorada. Se observó que en más del 65% de los casos existía deficiencia de información importante para la coordinación y continuidad del cuidado médico, por lo que recomiendan incorporar un programa de mejoramiento continuo de la calidad de los contenidos de la historia clínica. ^(8,24,29).

En el 2008, Pourasghar y cols. ⁽³²⁾ Realizaron una investigación denominada: Lo que ellos llenan hoy, puede no ser útil mañana: Lecciones aprendidas del estudio de historias médicas en el Hospital de Mujeres de Tabriz en Irán. En este estudio se evaluaron trescientas historias clínicas. Los resultados arrojaron que casi todas las trescientas historias clínicas tuvieron problemas en cuanto a la calidad de la información, ya que no se documentaron correctamente, ni fueron compatibles con el formato oficial de registros médicos provisto por el Ministerio de Salud y Educación médica. Además, el 50% de los entrevistados sugirió establecer un

diseño de la historia que permita su fácil y rápido llenado a través de tablas o “checklists”. (16,20-22).

La incorporación de nuevos modelos en el área odontológica no es desconocida, se cuenta con la propuesta desarrollada por Herrera en 2009⁽³¹⁾ que para el área ortodóntica sugirió la inclusión de mayor información, generando un documento mucho más detallado que resultó bastante adecuado según las personas entrevistadas (8,18-20).

Cada incorporación de estos nuevos modelos es un proceso continuo que requiere la validación necesaria cuantas veces sea necesario para tener la mejor información personal de cada paciente y proporcionar el diagnóstico más eficaz con su plan de tratamiento (29-31).

Estas mejoras a las historias clínicas en diferentes especialidades, justifican la realización de modificaciones a la historia utilizada en la Institución Universitaria Colegios de Colombia, se requieren para tener un mejor conocimiento y manejo del paciente periodontal, se debe contar con la aprobación de la Dirección y el Comité Técnico-Científico de la institución en las fases II y III, según el artículo 20 de la Resolución 1995 de 1999; como una forma de obtener información más detallada y dar un mejor manejo a los casos que se presenten en el área odontológica, especialmente porque se ahonda en temas como los hábitos sociales, diferentes índices, y factores de riesgo. (11,18-21).

Para dichas modificaciones la Historia clínica periodontal debe tener el conocimiento de la enfermedad la cual ha evolucionado a partir de hallazgos epidemiológicos, encontrándose mejores evidencias en cuanto a su etiología microbiana y la participación de enfermedades sistémicas que contribuyen su progresión (18-21).

1.7 MARCO LEGAL

La Resolución 1995 de 1999 en Colombia, en el Artículo 1, define la Historia Clínica como un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registra 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. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley ^(11,35).

También es importante reconocer el manejo que se debe seguir con este documento, pues a partir del 1 de enero del 2000, la identificación de la historia clínica se hace con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años⁽³⁵⁾. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar ^(5,11).

La historia clínica es una forma de prueba, pues se considera documento. De acuerdo con el Código de Procedimiento Civil (Sección III, Régimen Probatorio, Título XIII, Pruebas, Capítulo I, Artículo 175): “Sirven como pruebas, la declaración de parte, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez”. El mismo Código, en su artículo 251, expresa: “Son documentos los escritos, impresos, planos, dibujos, cuadros, fotografías, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, radiografías, talones, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo” ⁽¹⁾.

La pulcritud es clave al considerar la historia clínica como un instrumento legal, pues es aquí donde se evidencia la actuación del profesional de salud y es la prueba documental de mayor peso jurídico ante algún reclamo legal, civil o administrativo ⁽⁶⁾.

Atendiendo al carácter privado del contenido de la historia clínica, la Constitución Política de Colombia, establece en su artículo 74 la inviolabilidad del Secreto Profesional y establece que toda persona tiene derecho a su intimidad personal, familiar y a su buen nombre, por lo que la violación del secreto conlleva a un atropello de estos derechos fundamentales. Los estudiantes de medicina y demás personas involucradas en la atención médica también tienen la obligación de guardar el secreto profesional, para asegurarle al enfermo que todo lo relativo a su vida y familia será guardado en reserva (5); y en la Ley 23 de 1981 en su Título II, Capítulo III, Artículo 34, manifiesta "... La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley..." ⁽¹⁾.

Respecto al carácter docente de dicho elemento, el Decreto 3380 de 1981 reza en su Artículo 30 que "...Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual..." ⁽¹⁾.

1.8 OBJETIVOS

1.8.1 Objetivo general. Diseñar, un formato de evaluación de historia clínica para el posgrado de periodoncia de las clínicas odontológicas de UNICOC- Sede Bogotá.

1.8.2 Objetivos específicos

(Etapa I) Diseño

- Definir los ejes temáticos iniciales del formato de historia clínica, teniendo en cuenta las especificaciones de la primera fase del estudio.
- Establecer la propuesta disciplinar a través de la consulta del juicio de expertos.
- Generar el modelo preliminar de formato de historia clínica (Variables sociodemográficas, anamnesis, examen físico, examen periodontal-indicadores, diagnostico, pronostico, tratamiento, aspectos administrativos).

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional descriptivo exploratorio – Diseño de instrumentos.

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Elementos disciplinares del instrumento de historia clínica.

2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Expertos disciplinares relacionados con el manejo clínico del paciente institucional (Periodoncia, Epidemiología, Auditoria).

2.4 MUESTRA

10 expertos disciplinares.

2.4.1 Técnica de muestreo. No probabilística por conveniencia

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Expertos disciplinares en el manejo clínico del paciente institucional (Periodoncia. Epidemiología. Auditoria), seleccionados de acuerdo a los criterios de Escobar y Cuervo ⁽²⁵⁾ (Experiencia, experticia y disponibilidad para participar en la investigación).

2.6 VARIABLES DE ANÁLISIS

Las variables de estudio se relacionaron con los dominios y constructos de los formatos de historias clínicas, con base en el análisis comparativo de referentes nacionales e internacionales.

2.7 PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

El presente estudio va a centrarse únicamente en la primera fase, la cual correspondiente al diseño.

2.7.1 ETAPA I DISEÑO

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 ⁽²⁷⁾.

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.

3. 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⁽¹¹⁾, 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⁽¹¹⁾

3.1 INSTRUMENTO PRELIMINAR DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

				CODIGO INTERNO		FECHA		
						DD	MM	AA
HISTORIA CLINICA POSGRADO DE PERIOONCIA								
I. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE								
1. INFORMACION GENERAL								
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE				FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				
DOCUMENTO DE		GENERO		ESTADO CIVIL		OCUPACION		
LUGAR DE RESIDENCIA		DIRECCION				TELEFONO		

REGIMEN DE SEGURIDAD		TIPO AFILIACION					
PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE DEL PACIENTE			RELACION		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
ESTUDIANTE RESPONSABLE			SEMESTRE		CODIGO		
DOCENTE ENCARGADO							
2. ANAMNESIS							
3. MOTIVO DE CONSULTA							
4. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL							
5. HISTORIA MEDICA PERSONAL							
6. HISTORIA MEDICA FAMILIAR:							
7. HISTORIA ODONTOLOGICA Y DE LA AFECCION PERIODONTAL							
8. SUS PADRES O FAMILIARES HAN PRESENTADO ENFERMEDAD PERIODONTAL?							
II. HABITOS QUE ACTUAN COMO FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD PERIODONTAL							
9. ANALISIS DE FACTORES DE RIESGOS							
				ENFERMEADES ASOCIADAS E ENFERMEAD PERIDONTAL			
10. ES O HA SIDO FUMADOR? SI _____ NO _____				SINDROME PAPILLON LEFEVRE? SI _____ NO _____			
11. CUANTOS CIGARRILLOS AL DIA? _____				SINDROME DE ELDHEE DAN LOS? SI _____ NO _____			
				SINDROME DE DOWN? SI _____ NO _____			
12. DIABETES? SI _____ NO _____				ESTA USANDO MEDICAMENTOS?			
				EPAMIN SI _____ NO _____			
13. HIPERTENSION ARTERIAL? SI _____ NO _____				CICLOSPORINAS SI _____ NO _____			
				NIFEDIPINO SI _____ NO _____			
14. EMBARAZO? SI _____ NO _____				ACIDO VALPROICO SI _____ NO _____			
				ANTICONCEPTIVOS ORALES SI _____ NO _____			
III. ANALISIS DE COMPONENTES SISTEMICOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD PERIODONTAL							
15. ESTRÉS? SI _____ NO _____				16. OSTEOPOROSIS? SI _____ NO _____			
17. HIGIENE ORAL							
18. CUANTAS VECES SE CEPILLA AL DIA? _____				19. USA SEDA DENTA? _____		20. USA ENJUAGUE? _____	
IV. ANALISIS PERIODONTAL ESPECIFICOS							
21. EVALUACION DE TEJIDOS BALNDOS Y DUROS							

EXAMEN INTRAORAL	OBSERVACIONES																				
LABIOS																					
CARRILLOS																					
REBORDE ALVEOLAR																					
SURCO VESTIBULAR																					
FRENILLOS																					
PISO DE BOCA																					
PALADAR DURO																					
AMIGDALAS																					
GLANDULAS SALIVARES																					
ENCIA : COLOR				CONSISTENCIA/TEXTURA				MARGEN													
22. LE SANGRAN LAS ENCIAS?				RETECION DE BIOBELICULA																	
PERIODONTOGRAMA																					
23. ANALISIS DE INDICES																					
24. INDICE DE PLACA DE SILNESS Y LOE																					
DIENTE	16/17 O 18			11			23			26/27 O 28			36/37 O 38			45			46/47 O 48		
CODIGO	V	O	P	V		P	V		P	V	O	P	V	O	L	V	O	L	V	O	L
25. INDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL INTCP																					
	PRIMER SEXTANTE			SEGUNDO SEXTANTE			TERCER SEXTANTE			CUARTO SEXTANTE			QUINTO SEXTANTE			SEXTO SEXTANTE					
CODIGO																					
26. INDICE DE OLEARY																					
SUPERFICIES TEÑIDAS X 100																					
TOTAL DE SUPERFICIES																					
27. INDICE DE EXTENSION Y SEVERIDAD																					
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27							
	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D					
NI	P																				
	V																				
NI	V																				
	L																				
	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D					
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37							
INDICE DE HEMORRAGIA																					
% DE PIEZAS QUE SANGRAN= $\frac{\text{NUMERO DE SUPERFICIES QUE SANGRAN}}{\text{NUMERO DE SUPERFICIES MEDIDAS}} \times 100$																					
HALLAZGOS CLINICOS:																					
RADIOGRAFIAS:																					
DIAGNOSTICOS: GENERAL: PERIODONTAL:																					
PRONOSTICO: GENERAL																					
INDIVIDUAL:																					
PLAN DE TRATAMIENTO INICIAL:																					
SEGUIMIENTO PLAN DE TRATAMIENTO:																					

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 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.

3.2 MODELO PRELIMINAR DEL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

				CODIGO INTERNO		FECHA		
						DD	MM	AA
HISTORIA CLINICA POSGRADO DE PERIOONCIA								
I. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE								
1. INFORMACION GENERAL								
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE				FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI CC RC CE #				GENERO				
ESTADO CIVIL			OCUPACION		LUGAR DE RESIDENCIA			
NACIONALIDAD		OCUPACION/PROFESION		DIRECCION LABORAL Y TELEFONO			ESTRATO SOCIAL	
DIRECCION RESIDENCIA				TELEFONO		REGIMEN DE SEGURIDAD		EDAD
TIPO AFILIACION		TIPO DE SANGRE		RH		PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE DEL PACIENTE		
VINCULO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		ESTUDIANTE RESPONSABLE			SEMESTRE	CODIGO
DOCENTE ENCARGADO								
2. ANAMNESIS								
REVISION POR SISTEMAS								
DIGESTIVO								
CARDIOVASCULAR								
ENDOCRINO								
ARTICULAR								
MUSCULAR								
NERVIOSO								
URINARIO								
RENAL								
3. MOTIVO DE CONSULTA								
MOTIVO DE CONSULTA PERIODONTAL								
4. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL								
5. HISTORIA MEDICA PERSONAL: DIABETES? SI NO FUMADOR ACTIVO? SI NO ENF INMUNOSUPRESORAS? SI NO								
HIPERTENSION ARTERIAL? SI NO				MEDICAMENTOS				
ALERGIAS? SI NO				EMBARAZO? SI NO				

ALTERACIONES O SUPLEMENTOS		12. DIABETES? SI ____ NO ____							
HORMONALES?		MEDICAMENTOS: _____							
SI ____ NO ____		EXAMENES GLICEMIA FECHA Y RESULTADOS: _____							
CUALES? _____		HEMOGLOBINA GLICOSILADA ORDENADA MEDICO TRATANTE RESULTADOS: _____							
PROBLEMAS A NIVEL:									
DIGESTIVO _____									
CARDIOVASCULAR _____									
ENDOCRINO _____									
ARTICULAR _____									
MUSCULAR _____									
NERVIOSO _____									
URINARIO _____									
RENAL _____									
6. HISTORIA MEDICA FAMILIAR: DIABETES? SI ____ NO ____ FUMADORES ACTIVOS? SI ____ NO ____									
AFLOJARON LOS DIENTES? SI ____ NO ____ CANCER? SI ____ NO ____									
7. HISTORIA ODONTOLOGICA Y DE LA AFECCION PERIODONTAL _____									
MOVILIDAD DENTAL? _____									
SE LE HAN AFLOJADO LOS DIENTES? _____									
8. SUS PADRES O FAMILIARES HAN PRESENTADO ENFERMEDAD PERIODONTAL? SI ____ NO ____									
II. HABITOS QUE ACTUAN COMO FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD PERIODONTAL									
9. ANALISIS DE FACTORES DE RIESGOS									
GENERAL/SISTEMICO _____									
RESPIRADOR ORAL? SI ____ NO ____ APRIETA LOS DIENTES? SI ____ NO ____ MUERDE OBJETOS? SI ____ NO ____									
PROBLEMAS DE LENGUAJE? SI ____ NO ____									
10. ES O HA SIDO FUMADOR? SI ____ NO ____									
11. CUANTOS CIGARRILLOS AL DIA? _____									
DE 0- 3 _____									
DE 4-6 _____									
DE 8-10 _____									
ALCOHOL? SI ____ NO ____									
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS? SI ____ NO ____									
III. ANALISIS DE COMPONENTES SISTEMICOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD PERIODONTAL									
15. ESTRÉS? SI ____ NO ____									
HACE CUANTO? _____									
PROBLEMAS EMOCIONALES? SI ____ NO ____									
DEPRESION? SI ____ NO ____									
TOMA MEDICAMENTOS? SI ____ NO ____ CUALES? _____									
PROBLEMAS FAMILIARES _____									
ANSIEDAD _____									
17. HIGIENE ORAL _____									
18. CUANTAS VECES SE CEPILLA AL DIA? _____		19. USA SEDA DENTAL? _____		20. USA ENJUAGUE? _____					
TIPO DE CEPILLO? _____		DIARIO? _____		DIARIO? _____					
COMO SE CEPILLA? _____		SEMANAL? _____		SEMANAL? _____					

				MENSUAL?				MENSUAL?							
LE SANGRAN LAS ENCÍAS? _____				DOLOR DENTAL? SI _____ NO _____				HALITOSIS? SI _____ NO _____							
BOCA SECA? SI _____ NO _____				SENSIBILIDAD DENTAL? SI _____ NO _____											
IV. ANALISIS PERIODONTAL ESPECIFICOS															
21. EVALUACION DE TEJIDOS Blandos y Duros															
EXAMEN EXTRAORAL															
CABEZA _____															
CUELLO _____															
MANDIBULA _____															
EXAMEN INTRAORAL		OBSERVACIONES													
LABIOS _____															
CARRILLOS _____															
REBORDE ALVEOLAR _____															
SURCO VESTIBULAR _____															
FRENILLOS _____															
PISO DE BOCA _____															
PALADAR DURO _____															
AMIGDALAS _____															
GLANDULAS SALIVARES _____															
LENGUA _____															
PALADAR BLANDO _____															
23. ANALISIS DE INDICES															
24. INDICE DE PLACA DE SILNESS Y LOE															
DIENTE	16/17 O 18		11		23		26/27 O 28		36/37 O 38		45 46/47 O 48				
CODIGO	V	O	P	V	P	V	P	V	O	P	V	O			
PONER ESCALA O RESULTADOS _____															
ZONAS DE EMPAQUETAMIENTO _____															
25. INDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL INTCIP															
SEXTANTES															
		PRIMER		SEGUNDO		TERCER		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
CODIGO															
NOTA: LOS Códigos van de 0-4															
26. Índice de O'Leary															
SUPERFICIES TEÑIDAS X 100															
TOTAL DE SUPERFICIES															
27. INDICE DE EXTENSION Y SEVERIDAD															
		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
		M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
NI	P														
	V														
NI	V														
	L														
		M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
		47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

28. ÍNDICE DE SANGRADO						
$\% \text{ DE PIEZAS QUE SANGRAN} = \frac{\text{NUMERO DE SUPERFICIES QUE SANGRAN}}{\text{NUMERO DE SUPERFICIES MEDIDAS}} \times 100$						
HALLAZGOS CLINICOS: _____						
RADIOGRAFIAS: _____						
DIAGNOSTICOS: GENERAL: _____ PERIODONTAL: _____						
PRONOSTICO: GENERAL _____						
INDIVIDUAL: _____						
PLAN DE TRATAMIENTO INICIAL: _____						
SEGUIMIENTO PLAN DE TRATAMIENTO: _____						
INDICACIONES: _____						
RECOMENDACIONES: _____						
EXAMENES COMPLEMENTARIOS: CULTIVOS: _____						
RADIOGRAFIAS COMPLETAS _____						

4. 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 ⁽⁵⁾. Kaplan y Saccuzzo en 2006⁽³⁴⁾, 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^(,27).

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 ⁽²⁶⁾. Herrera en 2009⁽³¹⁾ sugirió la necesidad de incorporar mayor información, logrando finalmente la obtención de un documento completo, detallado y adecuado. Letaief y cols. en el 2003⁽³¹⁾ 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⁽³¹⁾

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⁽²⁹⁾ 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⁽²⁹⁾, 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 ⁽¹¹⁾, 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^(27,33) 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 ^(12,26,29); 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 ⁽²⁴⁻²⁹⁾. 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⁽²⁹⁻³⁰⁾, 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⁽³⁰⁾. 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,^(24,29,30) 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.^(24,30).

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. ^(30,31)

Pourasghar y cols en 2008⁽³²⁾, 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 ^(24,31). 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⁽³⁰⁾, 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.

5. 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.

6. 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.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urzua A, Balut N, Rotberg J. Health related quality of life: Rev Med Chile 2010; 138:358-65.
2. 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/.
3. Varas J. Ficha clínica: Importancia y trascendencia médico legal. Rev. Obstet. Ginecol 2011; 6(3): 235-9.
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. Hoffmann K, Deguchi T. A comprehensive index for the modeling of smoking history in periodontal research. Tabaquismo y enfermedad periodontal. J Dent Res 2004; 83(11): 859-63.
6. De la Prieta V. La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos. Panace@ 2002; 3(8): 36-9.
7. Fombella M, Cereijo J. Historia de la historia clínica. Galicia Clin 2012; 73 (1): 21-6.
8. Buitrago M. Caracterización de los usuarios de las clínicas de posgrado de periodoncia de UNICOC - Centro. UNICOC. 2013.
9. Guzmán F, Arias C. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev. Colomb. Cir. 2012; 27: 15-24.
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. 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
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. Coro G, Tellez N, Afre A, Perez T. A proposal of a model and instructive document for clinical charts in Odontology. *Rev. Ciencias Médicas*, 2007; 11(4):1-9.
14. Garcia D, Maciel C, Oppermann R. Validity of the community periodontal Index of treatment needs' (CPITN) for population periodontitis screening. *Cad. Saú de Pública*, 2006; 22(2): 277-83.
15. Kunaal D. Kharidhi L. Indices for measuring periodontitis: a literature review, *Internacional Dental Journal* 2011; 61: 76-84.
16. Tonetti M, Van D. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol* 2013; 40(14): 24-9.
17. Llorente M, Griffiths G. Periodontal status among relatives of aggressive periodontitis patients and reliability of family history report. *J Clin Periodontol* 2006; 33: 121-5.
18. Pulido M, Gonzalez F, Rivas F. Enfermedad periodontal e indicadores de higiene bucal en estudiantes de secundaria cartagena, Colombia. *Rev. Salud Pública*, 2011; 13(5):844-52.
19. Nibali L, Donos N, Brett P, Parkar M, Ellinas T, Llorente M, Griffiths G. A familial analysis of aggressive periodontitis – clinical and genetic findings. *J Periodont Res* 2008;43:627-34.
20. Alvear F, Vélez M, Botero L. Risk factors for periodontal diseases. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*, 2010; 22(1):109-16.
21. Toledo B, González M, Alfonso M, Pérez A. Rodríguez M. Tabaquismo y enfermedad periodontal, *Rev. Cubana Med Milit* 2002; 31(2): 94-9.
22. Bustamante G. Diabetes y enfermedad periodontal. *Revista de actualización clínica*, 2013; 31: 1562-6.
23. Barbieri G, Ramírez L, Bascones Martínez A. Papel del estrés en la etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal. *Av Periodon Implantol*. 2003; 15(2): 77-86.

24. 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.
25. Else T, Wright S, Borglum J and Loe H, Experimental gingivitis in man, J periodont. Res. 1996 1:1-13.
26. 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.
27. 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.
28. Fernández C, Granero J, Mollinedo J, Peredo H, Aguilera G, Luna M. Desenvolvimento e validação de um instrumento para a avaliação inicial de enfermagem Rev. Esc Enferm USP 2012; 46(6):1416-23.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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
34. Kaplan, M. Saccuzzo P. Pruebas psicológicas: principios, aplicaciones y temas. México: Thomson (2006). 115-24

35. Gutiérrez JA, Manrique R, Montoya L, Pérez A, Arango P, Correa E et al. Evaluación de la historia clínica sistematizada en la relación médico paciente de la IPS adscritas a susalud Medellín. Revista CES medicina. 2002; 17(2): 17-30.