



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**LA HISTORIA CLÍNICA, PROPUESTA PARA
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

HERSAIN ESPINOZA SÁNCHEZ

TUTORA: C.D. ELIZABETH DIANA MOEDANO ORTIZ

MÉXICO, D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Agradecimientos

A mis padres por darme la oportunidad de realizarme como persona y como profesional, por su apoyo incondicional y por creer en mí, gracias por todo su esfuerzo.

A mis hermanos, por estar a mi lado y ser ejemplo en muchas etapas de mi vida, por los regaños y consejos, por la alegría que contagian y por soportarme. Los quiero mucho aunque casi nunca se los diga.

A la luz que me da ánimos para seguir adelante y ser mejor en la vida, mis sobrinos, Ale, Fatis, Cami y Diego. Son una bendición.

A mi familia, que son un ejemplo de fortaleza y unión, por estar juntos y superar los obstáculos que la vida nos ha puesto, por tantas alegrías y buenos momentos que hemos compartido. A mis abuelos por ser la base y el motivo de la grandeza de esta gran familia. Son un orgullo en mi vida y sin ustedes nunca hubiera podido realizar este sueño.

A mi abuelita Ofe que está en un lugar mejor y que sin duda alguna era la más fuerte de todos nosotros.



En especial a mi Madre por ser el pilar que nos ha dado soporte a todos, por su amor, cariño y tolerancia, por ser un ejemplo y siempre apoyarme en las buenas pero sobre todo en las malas, nunca encontrare la forma para agradecerte todo lo que haces por mí. TE AMO.

A mis amigos, gracias por todos los momentos que han estado a mi lado, por escucharme y confiar en mí y porque a pesar de la distancia y el tiempo siempre se busca la forma para volver a crear una historia juntos.

Cristian, Mario, Eli, Ale, Merari, Yadis, Alfonso, Uriel, Renato, Clau, Luis, Yazmin, a mis amigos del CCH, a mis amigas del 6, a mis compañeros de la selección de futbol de la Facultad, a los de la clínica periférica, y a todos los que algún día estuvieron conmigo y que por cualquier motivo ya no están. Gracias infinitas por brindarme su amistad.

A la Doctora Diana, por aceptar ser mi tutora y ayudarme a concretar este proyecto. Doctora Alba, por creer en mí y ofrecerme su ayuda en todo momento, y al Doctor Sergio que sin pedir nada a cambio me ha brindado su apoyo y su amistad.

Dios, gracias por permitirme vivir estos momentos, sin tu ayuda nada de esto sería posible.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. PROPÓSITO	6
3. OBJETIVOS	6
4. ANTECEDENTES	7
5. HISTORIA CLÍNICA	8
5.1 Bases legales	9
5.2 Apartados de la historia clínica odontológica	11
5.3 Odontograma	18
5.4 Historia clínica preventiva	19
5.5 Índices epidemiológicos	20
5.5.1 Índice CPOD.	20
5.5.2 Índice ceod (unidad diente).	21
5.5.3 Índice CPOS (unidad de superficie).	22
5.5.4 Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).	30
5.6 Consentimiento informado	38
6. CONCLUSIONES	48
7. BIBLIOGRAFÍA	49



Agradecimientos

A mis padres por darme la oportunidad de realizarme como persona y como profesional, por su apoyo incondicional y por creer en mí, gracias por todo su esfuerzo.

A mis hermanos, por estar a mi lado y ser ejemplo en muchas etapas de mi vida, por los regaños y consejos, por la alegría que contagian y por soportarme. Los quiero mucho aunque casi nunca se los diga.

A la luz que me da ánimos para seguir adelante y ser mejor en la vida, mis sobrinos, Ale, Fatis, Cami y Diego. Son una bendición.

A mi familia, que son un ejemplo de fortaleza y unión, por estar juntos y superar los obstáculos que la vida nos ha puesto, por tantas alegrías y buenos momentos que hemos compartido. A mis abuelos por ser la base y el motivo de la grandeza de esta gran familia. Son un orgullo en mi vida y sin ustedes nunca hubiera podido realizar este sueño.

A mi abuelita Ofe que está en un lugar mejor y que sin duda alguna era la más fuerte de todos nosotros.



En especial a mi Madre por ser el pilar que nos ha dado soporte a todos, por su amor, cariño y tolerancia, por ser un ejemplo y siempre apoyarme en las buenas pero sobre todo en las malas, nunca encontrare la forma para agradecerte todo lo que haces por mí. TE AMO.

A todos mis amigos, gracias por todos los momentos que han estado a mi lado, por escucharme y confiar en mí y porque a pesar de la distancia y el tiempo siempre se busca la forma para volver a crear una historia juntos.

Cristian, Mario, Eli, Ale, Merari, Yadis, Alfonso, Uriel, Renato, Clau, Luis, Yazmin, a mis amigos del CCH, a mis amigas del 6, a mis compañeros de la selección de futbol de la Facultad, a los de la clínica periférica, y a todos los que algún día estuvieron conmigo y que por cualquier motivo ya no están. Gracias infinitas por brindarme su amistad.

A la Doctora Diana, por aceptar ser mi tutora y ayudarme a concretar este proyecto. Doctora Alba, por creer en mí y ofrecerme su ayuda en todo momento, y al Doctor Sergio que sin pedir nada a cambio me ha brindado su apoyo y su amistad.

Dios, gracias por permitirme vivir estos momentos, sin tu ayuda nada de esto sería posible.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. PROPÓSITO	6
3. OBJETIVOS	6
4. ANTECEDENTES	7
5. HISTORIA CLÍNICA	8
5.1 Bases legales	9
5.2 Apartados de la historia clínica odontológica	11
5.3 Odontograma	18
5.4 Historia clínica preventiva	19
5.5 Índices epidemiológicos	20
5.5.1 Índice CPOD.	20
5.5.2 Índice ceod (unidad diente).	21
5.5.3 Índice CPOS (unidad de superficie).	22
5.5.4 Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).	30
5.6 Consentimiento informado	38
6. CONCLUSIONES	48
7. BIBLIOGRAFÍA	49



INTRODUCCIÓN

Como Cirujanos Dentistas, sabemos la importancia profesional y legal que representa la historia clínica, en su formato establecido por la NOM 168 SSA1-1998, por lo que en este proyecto de trabajo me doy a la tarea de buscar sustento científico y práctico para los estudiantes de los primeros años de la licenciatura y para apoyar la asignatura de odontología preventiva respaldado por una excelente educación para la salud.

El Cirujano Dentista, es una persona que siempre deberá estar capacitado, para dar una atención adecuada a las necesidades de cada paciente, por lo tanto los conocimientos estomatológicos deben de ser claros para el profesional de la salud porque en muchos de los casos está obligado a reconocer o identificar padecimientos externos a su área de trabajo y saber canalizarlo a las diferentes especialidades medicas.

Por esta razón, conocer y manejar una historia clínica como documento ético legal que nos este actualizando datos patológicos y no patológicos, nos permitirá tener información importante con respecto a la salud del paciente y de sus familiares.

En 1986 la norma técnica N°. 52 define las características que deberían reunir los expedientes clínicos y menciona la obligatoriedad en su observación por parte de los prestadores de servicios de salud.



PROPÓSITO

Dada la importancia que tiene la historia Clínica como documento ético legal y profesional me interesa brindar información conjunta que pueda reforzar los conocimientos del estudiante de primer año de la licenciatura en odontología para generar conocimientos y planear adecuadamente tratamientos partiendo desde una base muy importante como es la educación para la salud, puesto que sin ella no la hay.

A través del llenado de la historia clínica debemos ser muy minuciosos, profesionales y respetuosos siempre guardando la integridad y privacidad del paciente, puesto que se manejan datos tan importantes para su atención personal y profesional, que se verá reflejado en nuestros diagnósticos y tratamientos oportunos.

OBJETIVOS:

- Recopilar la información necesaria para el llenado de la historia clínica de acuerdo a la norma oficial mexicana 168 SSA1 1998.
- Conocer los requisitos mínimos básicos para la historia clínica, en odontología preventiva.
- Implementar información necesaria para mejorar los estilos de higiene bucodental en el paciente.



ANTECEDENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La historia clínica fue introducida en el campo de la medicina por Hipócrates, quien, incluso, señaló unas pautas para la recolección de datos, y aunque nunca se suprimió la práctica de la elaboración de las historias clínicas, hubo algunos momentos históricos en que realizaban con menos frecuencia; es a partir del Renacimiento cuando empieza su práctica generalizada, y a lo largo del desarrollo de la medicina y la odontología, la historia clínica fue incorporando nuevos capítulos (documentos).



Fuente: www.dfarmacia.com/farma/ctl_servlet?_f=37&id=13116054

La elaboración de las historias clínicas se inicia con un objetivo fundamental de recolección de datos de los enfermos, con la finalidad de conseguir una asistencia médica de la mejor calidad; tuvieron, por tanto, inicialmente un objetivo casi exclusivamente asistencial. Posteriormente, han evolucionado con los adelantos científicos y tecnológicos, siguiendo un claro paralelismo con la asistencia sanitaria llegando a formar parte del expediente clínico como un documento médico legal.¹

En la actualidad las historias clínicas suelen efectuarse mediante una combinación de cuestionarios de salud y entrevistas personales. El cuestionario de salud es una lista ordenada de preguntas orientadas hacia áreas específicas de interés para el odontólogo.²



HISTORIA CLÍNICA

Concepto

Para el odontólogo es muy importante conocer al paciente como una unidad biopsicosocial; es decir, al elaborar una historia clínica, el profesional conocerá el estado de salud o enfermedad del paciente y ello le permitirá brindar una atención integral.

La historia clínica es un documento escrito que contiene todos los datos investigados acerca de la enfermedad de una persona. Constituye una narración y exposición verdadera de acontecimientos pasados y presentes del individuo, a partir de los cuales es posible elaborar un diagnóstico, deducir un pronóstico e instituir un tratamiento.

La elaboración cuidadosa permite obtener información muy importante del aspecto emocional, psicológico y sociocultural del paciente, independientemente de que constituye la base para establecer una relación satisfactoria entre el paciente y el odontólogo.³

Fuente: directa



Bases legales

La NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, en su numeral 5.2 establece que el expediente clínico deberá contener los siguientes datos:

- Tipo de establecimiento.
- Nombre y domicilio del establecimiento.
- Nombre de la institución a la que pertenece.
- Razón y denominación social del propietario.
- Nombre, sexo y edad del usuario.

La misma norma en su numeral 6.1, expresa que el expediente clínico deberá contar con la historia clínica que contenga: interrogatorio, exploración física, diagnóstico y tratamientos, resultados previos y actuales de estudios de laboratorio y de gabinete, terapéutica empleada, resultados obtenidos, notas de evolución, de interconsulta, urgencia, referencia de traslado, medicas de hospitalización y de ingreso.

De igual manera establece que la elaboración, integración y manejo del expediente clínico odontológico se ajustara a lo previsto en el numeral 8.3.4 de la NOM-013-SSA2-1994 para la prevención y control de enfermedades bucales, además de lo ya establecido en la NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico.

La NOM-013-SSA2-1994 para la prevención y control de enfermedades bucales, en su numeral 8.3.4, establece que el expediente clínico odontológico deberá contar con los documentos siguientes:



- Historia clínica que contenga antecedentes heredo familiares tanto patológicos como no patológicos, padecimiento actual, odontograma, diagnóstico y tratamiento.
- Informes de estudio de laboratorio y gabinete en caso de que se requieran.
- Notas de evolución.

El expediente clínico odontológico, de acuerdo con la norma técnica 52 de 1986 y normas oficiales NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, y la NOM-013-SSA2-1994 para la prevención de enfermedades bucales, así como la Ley General de Salud en relación con el reglamento de la misma ley en materia de Prestación de servicios de Atención Medica, y la encuesta de la Organización Panamericana de Salud en la atención odontológica, así como el manual sobre recomendaciones para la elaboración, integración y manejo del expediente clínico estomatológico de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, de la Secretaria de Salud, deberá quedar conformado con apego estricto a la normativa actual con la documentación siguiente:

- Carta de consentimiento informado.
- Historia clínica estomatológica y por especialidades.
- Hojas de evolución.
- Hojas de interconsulta.
- Receta médica.
- Solicitud de estudios de laboratorio y de gabinete.
- Solicitud de estudios radiográficos.
- Nota clínica de urgencia.

Con la siguiente aceptación y fundamento ético-legal correspondiente a cada documento.^{1, 4, 5}



Apartados de la historia clínica odontológica

Los apartados de la historia clínica odontológica general deberán ser requisitados en un formato conforme a la normativa vigente y la información recabada a través del interrogatorio profesional-paciente, se anotará de forma escrita clara y con letra de molde en los diversos apartados que la contengan.

➤ Ficha de identificación:

Comprende los datos generales de paciente (nombre, domicilio, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, y lugar de nacimiento), fecha de elaboración de la historia clínica y, cuando el paciente padezca alguna enfermedad que requiera atención médica, el nombre y teléfono del médico.³

Nombre: Permite diferenciar al paciente de los demás. Se debe escribir el nombre completo con los apellidos, como figura en el registro civil o tarjeta de identificación. Deberá ser anotado iniciando con el apellido paterno, materno y nombre o nombres.

Edad: Establece un parámetro muy importante dentro de las enfermedades bucodentales, la secuencia y el grado de erupción dental, la conducta o comportamiento y el tratamiento odontológico. La edad del paciente se registrará con los años y meses cumplidos a la fecha.

Fecha y lugar de nacimiento: Recabando el lugar de nacimiento indicando con el día, mes y año. Su nacionalidad con el estado de la república si fuere mexicano y continuando, si el paciente es de origen extranjero, se anotará en el espacio de que nacionalidad es. El lugar de nacimiento puede tener importancia diagnóstica.



Dirección y teléfono: Es importante para localizar al paciente en un momento determinado. Permite tener una idea del nivel sociocultural y económico del paciente, se debe anotar por lo menos dos teléfonos, el de casa donde habita y otro de un familiar o trabajo. Deberá recabarse el nombre y el teléfono del médico familiar para cualquier consulta en caso de pacientes con enfermedades sistémicas controladas.

El lugar en que reside actualmente y desde hace cuánto tiempo es de importancia epidemiológica local para el pensamiento diagnóstico.

Estado civil: Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre. La importancia de este dato está sólo en lo que se refiere a la relación médico-paciente.

Religión: Respetar las creencias religiosas aunque no concuerden con las nuestras es parte de la ética profesional. En ocasiones las creencias del paciente impiden tratamientos o procedimientos lo cual debe ser considerado por el médico tratante. Conocer las costumbres religiosas nos puede ayudar a dar un diagnóstico correcto, ciertas religiones no permiten transfusiones, injertos, etc.^{6,7}

➤ **Antecedentes hereditarios y familiares.**

Se refiere a los acontecimientos y estado de salud actual de padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos, así como del cónyuge si lo hubiera.

Hereditarios: Deberán registrarse aquellas enfermedades de importancia que hayan padecido o padezcan los familiares en línea directa con el paciente.



➤ **Antecedentes personales no patológicos.**

Se registrarán primeramente el aspecto higiénico del paciente; se le preguntara cuantas veces al día se lava los dientes, si utiliza algún auxiliar de higiene dental, su grupo sanguíneo, hábitos y costumbres, si cuenta o no con la cartilla de vacunación y, en caso de ser afirmativo, verificar personalmente si tiene el esquema de vacunación completo, de no ser así debe verificarse cual falta.

Se anotaran también las adicciones del paciente principalmente al tabaco o alcohol, y los antecedentes alérgicos a medicamentos o alimentos, así como a sus hábitos alimentarios. Es necesario saber si ha sido hospitalizado en alguna etapa de su vida y la fecha y causa de dicha hospitalización.

➤ **Antecedentes personales patológicos.**

Es de suma importancia hacer saber al paciente la relevancia de este apartado e inducirlo a responder con sinceridad al interrogatorio para poder indicar el tratamiento más adecuado a su estado de salud actual. Se anotan las enfermedades prenatales, de la infancia, juventud, y edad adulta. Antecedentes traumáticos, quirúrgicos y transfusionales. En el caso de enfermedades bucales es conveniente incluir el tipo de atención o tratamientos recibidos, experiencia previa en el uso de anestesia², además de las siguientes enfermedades:

Cardiopatías: como cardiopatía isquémica, entre las más comunes están la angina de pecho estable e inestable, el infarto al miocardio, arritmias cardiacas, además de otras enfermedades que se manifiestan a través de los siguientes signos y síntomas a los que denominamos “signos y síntomas principales”: Disnea, palpitaciones, dolor precordial, mareos y síncope.



Otros signos y síntomas que pueden observarse en estas enfermedades son: cianosis, edema, tos, hemoptisis y alteraciones de la diuresis.

Hipertensión: es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad. Es uno de los factores de mayor riesgo para la enfermedad coronaria y la enfermedad cerebrovascular. Los valores de presión arterial:

Optima: <120 <80

Normal: <130 <85

Alta: 130-139 – 85-89

Enfermedades respiratorias: siguiendo un ordenamiento topográfico, las enfermedades respiratorias se clasifican en trastornos de las vías aéreas superiores e inferiores.

Entre las vías aéreas superiores están los procesos infecciosos, sinusitis, amigdalitis, laringitis, traqueítis y en las enfermedades de vías aéreas inferiores esta la bronquitis crónica, enfisema, EPOC, bronquiectasia.

Tuberculosis: es una enfermedad bacteriana crónica producida, en la gran mayoría de los pacientes por el *Mycobacterium tuberculosis* (tuberculosis pulmonar). Se transmite por inhalación de gotitas aéreas (moco y saliva que contienen el bacilo tuberculoso).

También puede, en algunos casos, contraerse por inoculación e ingesta. Las gotitas se expulsan desde los pulmones al aire mediante tos, el estornudo, el habla y el canto.



Enfermedades urinarias: Está formado por riñones y las vías urinarias. Entre los principales signos y síntomas se encuentra el cólico renal, edema de causa renal, polaquiuria, disuria, incontinencia urinaria, oliguria, poliuria, entre otras, además de enfermedades como insuficiencia renal aguda y crónica e infección urinaria.

Cáncer: es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis).

El cáncer puede afectar a todas las edades, incluso a fetos, pero el riesgo de sufrir los más comunes se incrementa con la edad.

Epilepsia: es un trastorno paroxístico del SN, caracterizado por movimientos involuntarios, trastornos psíquicos y sensoriales o de la conciencia, y alteraciones del sistema nervioso autónomo. Las crisis son recurrentes, espontáneas, transitorias y clínicamente detectables para el paciente o un observador.

Hepatitis: es una enfermedad que afecta al hepatocito y al intestino hepático. Su etiología es variable, la más frecuente es la hepatitis viral, se han identificado 5 tipos de virus como agentes causales (A, B, C, D, E).

Diabetes: es un trastorno metabólico, el cuerpo pierde la capacidad de oxidar los carbohidratos a causa del deterioro de la actividad pancreática, especialmente de los islotes de Langerhans, que afecta a la producción de insulina; los síntomas incluyen sed, hambre y acidosis, los síntomas graves incluyen dificultad para respirar y cambios en la concentración sanguínea que pueden llevar al coma.



Enfermedades reumáticas: es el trastorno del aparato locomotor y de las enfermedades del tejido conectivo. Existen muchas enfermedades de este tipo pero entre las más sobresalientes están, osteopatías como la osteoporosis, artropatías y espondiloartropatías inflamatorias, artrosis, compresiones de nervios, la gota y artritis. La característica principal es el dolor reumático, la tumefacción o limitación del movimiento en la región lumbar y cervical, rodillas, hombros y caderas.

Alergias: Von Piquet propuso el término de alergia en 1906 para designar una desviación inmunitaria o una reacción cambiada o diferente de un cierto tipo de individuos. Incluía a todas las formas de respuesta inmunitaria alterada, incluyendo reacciones a las toxinas, bacterias y otros agentes infecciosos, fiebre de heno por los pólenes y ciertos alimentos que producen urticaria.^{8, 9, 10}

➤ **Padecimiento actual.**

Deberá anotarse lo que el paciente refiere en el momento de la consulta, es decir, la causa que motivo su visita al odontólogo. Se anotarán las características de los síntomas y signos referidos por el paciente: fecha de inicio, localización, causa a la que se atribuye la enfermedad, en caso de dolor, si es agudo, sordo o pulsátil, con que se provoca, con que se exagera. En caso de traumatismo es necesario investigar: ¿Cuándo?, ¿Cómo?, ¿Dónde?, ¿Repercusión?³

➤ **Interrogatorio por sistemas**

Exploración física.

Exploración del sistema estomatognático.



Odontograma

El odontograma forma parte de los registros de salud legales del paciente y es útil para planificar el cuidado del paciente y establecer las cuestiones legales del tratamiento. En caso de emergencia, puede servir para la identificación del paciente. ¹¹

A través de los años, los textos han descrito tantos sistemas de fichado como autores se han ocupado del tema. El Odontograma puede mostrar un esquema de la boca con todos los dientes, desde el incisivo central hasta el tercer molar en cada uno de los cuadrantes, separados por un sistema de líneas verticales y horizontales que se interceptan en el centro. Los dibujos pueden imitar la anatomía o ser esquemáticos.

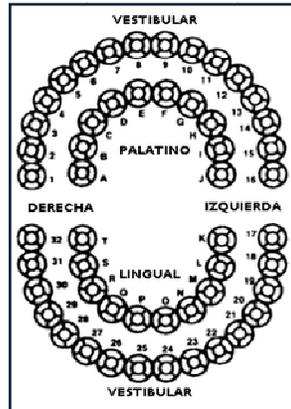
Finalmente se ha llegado a la normalización porque la Federación Dental Internacional ha recomendado a todos sus afiliados y entidades representadas que adopten el sistema internacional de dos dígitos. Cada uno de los cuadrantes tiene un número.

El cuadrante superior derecho es el número 1, el superior izquierdo el 2, el inferior izquierdo el 3 y el inferior derecho el 4. Con respecto a los dientes temporales, los cuadrantes son el 5, el 6, el 7 y el 8 (los dientes son 51 a 55, 61 a 65, 71 a 75 y 81 a 85), respectivamente.

Los dientes se numeran del 1 al 8, pero siempre se antepone el número del cuadrante. Por ejemplo, en el cuadrante número 1 el diente número 8 (tercer molar superior derecho) es el número 18 el que le sigue es el 17 y así sucesivamente hasta llegar al 11 que es el incisivo superior derecho.



Del lado izquierdo se utiliza la misma numeración, pero se antepone el número 2, lo que da como resultado los dientes 21, 22, 23, etc. En el cuadrante inferior izquierdo se ubican los dientes 31, 32, 33, etc., y en el inferior derecho 41, 42, 43, etc. ¹²



Fuente: www.odonto-unfv.blogspot.com/2010/07/odontograma.html

Historia clínica de preventiva

Antes de iniciar el tratamiento, en esta historia clínica se colocara el número del expediente y el folio de la hoja de especialidad, la cual deberá contener el nombre del paciente y del cirujano dentista responsable; en la tabla de control de procedimiento se registraran estas conforme se vayan realizando.

Los odontogramas de control de higiene bucal se realizaran por cita, anotando la fecha y el índice de placa, indicando al paciente que deberá lograr reducir su índice de placa a 9% o menos, recabándose la firma de conformidad del paciente, familiar o representante legal, por el tratamiento realizado para poder ser dado de alta.



Índices epidemiológicos

Índice CPOD.

El índice CPOD es la suma del componente cariado, el componente perdido y el componente obturado. El diagnóstico de surco profundo no se considera en este índice. Respecto de su empleo, pueden hacerse algunas consideraciones especiales:

- Cuando el mismo diente está obturado y cariado, se considera el diagnóstico más severo (cariado)
- Se considera diente ausente el que no se encuentra en la boca después de tres años de su tiempo normal de erupción
- El 3er. molar se considera ausente después de los 25 años, si no existe certeza de su extracción
- La restauración por medio de corona se considera diente obturado
- La presencia de raíz se considera como pieza cariada
- La presencia de selladores no se cuantifica.

La base para los cálculos de CPOD es 32, o sea, todos los dientes permanentes incluyendo el tercer molar y su valor puede ir de "0" a 32". Los componentes se determinan de la siguiente forma:

- El componente C (dientes cariados) incluye todos los dientes clasificados con código 1 ó 2.
- El componente P (dientes perdidos) comprende los dientes con código 4 en individuos menores de 30 años de edad, y los dientes codificados 4 y 5 para individuos de 30 años y mayores, o sea, ausentes debido a caries o cualquier otra razón.
- El componente O (dientes obturados) incluye sólo los dientes con código 3.



- Los dientes con código 6 (sellador) o código 7 (corona, apoyo de puente) no se incluyen en el CPOD.

Índice ceod.

El índice ceod es la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados. Respecto a su empleo, téngase en cuenta que:

- No se consideran en este índice los dientes ausentes.
- La extracción indicada es la que procede ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado.
- La restauración por medio de una corona se considera diente obturado.
- Cuando el mismo diente esta obturado y cariado, se consigna el diagnóstico más grave.
- La presencia de selladores no se cuantifica.

La base para los cálculos de ceod es 20, o sea, todos los dientes temporales; por lo que su valor puede ir de "0" a 20". Los componentes se determinan de la siguiente forma:

- El componente c (dientes cariados) incluye todos los dientes clasificados con código B ó C.
- El componente p (dientes perdidos) comprende los dientes con código E.
- El componente o (dientes obturados) incluye sólo los dientes con código D.
- Los dientes con código F (sellador) o código G (corona, mantenedor de espacio) no se incluyen en el ceod.



Índice CPOS (unidad de superficie).

El índice CPOS es la sumatoria de superficies permanentes cariadas, perdidas y obturadas. Si bien se han planteado diferentes criterios, en general cada diente se considera constituido por cinco superficies. Los criterios para considerar “superficies ausentes” son similares a los empleados para CPOD. La restauración mediante una corona se considera como cinco superficies obturadas. Si se decide adoptar un criterio diferente, deberá consignarse en los códigos respectivos, ya sea en un estudio epidemiológico o en evaluaciones estadísticas. Igual criterio rige para los restos radiculares.

Recuerde que en la dentición mixta deben realizarse separadamente los índices correspondientes a las dos denticiones. El grado real de infección lo indica la sumatoria del CPO y del ceo del niño. ^{13, 14, 15}

CLAVE			TRASTORNO/ESTADO
Dientes primarios	Dientes permanentes		
CORONA	CORONA	RAÍZ	
A	0	0	Satisfactorio
B	1	1	Cariado
C	2	2	Obturado con caries
D	3	3	Obturado sin caries
E	4	-	Perdido como resultado de caries
-	5	-	Perdido por cualquier otro motivo
F	6	-	Fisura obturada
G	7	7	Soporte de puente, corona o funda
-	8	8	Corona sin brotar
T	T	-	Traumatismo
-	9	9	No registrable

Fuente: OMS. Encuestas de salud bucodental. Métodos básicos. 4ª ed. Ginebra, Suiza. 1997.



Los criterios para el diagnóstico y la codificación son:

0 (A) Corona sana. Una corona se registra como sana si no muestra signos de de caries clínica tratada o sin tratar. Se excluyen las fases de la caries que precede a la formación de cavidades, así como otros trastornos análogos a las fases iniciales de la caries, porque no se pueden diagnosticar de modo fiable. Así, una corona que presenta los siguientes defectos, en ausencia de otros criterios positivos, deben codificarse como sana:

- Manchas blancas o yesosas.
- Manchas decoloradas o ásperas, que no resultan blandas al tacto con un explorador.
- Hoyos o fisuras teñidos en el esmalte, que no presentan signos visuales de alteración del esmalte, ni ablandamiento del suelo o las paredes.
- Zonas oscuras, brillantes, duras o punteadas en el esmalte de un diente que presenta signos de fluorosis moderada a intensa.
- Lesiones que basándose en su distribución, sus antecedentes o el examen visual-táctil, parecen deberse a la abrasión.



Fuente: directa.



Raíz sana. Se registra una raíz como sana cuando esta descubierta y no presenta signos de caries clínica tratada o sin tratar. (Las raíces tratadas se codifican con la cifra 8)

1 (B) Corona cariada. Se registra la presencia de caries cuando una lesión presente en un hoyo o una fisura, o en una superficie dental suave, tiene una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciablemente blando. También debe incluirse en esta categoría un diente con una obturación temporal o un diente que esta obturado pero también cariado (clave 6 (F)).

En los casos en los que la corona ha sido destruida por caries y solo queda la raíz, se considera que la caries se ha iniciado en la corona y por ello se clasificará solo como caries de la corona. Puede utilizarse un explorador para confirmar los signos visuales de caries en las superficies oclusal, bucal y lingual. En caso de duda, la caries no debe registrarse como presente.



Fuente: directa.

Raíz cariada. Se registra la presencia de caries cuando una lesión resulta blanda o correosa al explorarla con la sonda. Si la caries de la raíz es distinta de la presente en la corona y requiera un tratamiento separado, debe registrarse como caries en la raíz. En el caso de las lesiones de caries únicas que afectan tanto a la corona como a la raíz, el origen probable de la lesión debe registrarse como cariado. Si no es posible determinar el origen se registrarán como cariadas tanto la corona como la raíz.



2 (C) Corona obturada, con caries. Se considera que una corona esta obturada con caries cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas que están cariadas. No debe diferenciarse la caries primaria de la secundaria (esta es, se aplica la misma clave con independencia de que las lesiones de caries estén físicamente asociadas a restauraciones).



Fuente: directa.

Raíz obturada, con caries. Se considera que una raíz esta obturada, con caries, cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas que están cariadas. No se diferencia la caries primaria de la secundaria.

En el caso de obturaciones que comprenden tanto la corona como la raíz, es más difícil localizar el origen de la lesión. En cualquier restauración que comprenda tanto la corona como la raíz, con caries secundaria, se registra como obturada, con caries, la localización más probable de la caries primaria. Cuando es imposible decidir el origen de la caries primaria, se registra la corona y la raíz como obturadas, con caries.



3 (D) Corona obturada, sin caries. Se considera que una corona esta obturada, sin caries, cuando se hallan una o más restauraciones permanentes y no existe ninguna caries en la corona. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior. (Se aplica la clave 7 (G) a un diente que presenta una corona por cualquier motivo distinto de la caries, por ejemplo, el soporte de un puente.)



Fuente: directa.

Raíz obturada, sin caries. Se considera que una raíz esta obturada, sin caries, cuando se hallan una o más restauraciones permanentes y no hay caries en ninguna parte de la raíz.

En el caso de obturaciones que comprenden tanto la corona como la raíz, es más difícil distinguir el origen. En cualquier restauración que comprenda tanto la corona como la raíz, se registra como obturada la localización más probable de la caries primaria. Cuando es imposible decidir el origen, se registran la corona y la raíz como obturadas.

4 (E) Diente perdido, como resultado de caries. Se utiliza esta clave para los dientes permanentes o primarios que han sido extraídos debido a la presencia de caries, incluyendo el registro en el estado de la corona.



Para los dientes primarios perdidos, este grado debe emplearse solo si el sujeto presenta una edad en la que la exfoliación normal no sería explicación suficiente de la ausencia.



Fuente: directa.

NOTA: El estado de la raíz de un diente que ha sido clasificado como perdido por causa de caries debe codificarse “7” o “9”. En algunos grupos de edad puede ser difícil diferenciar entre los dientes sin brotar (clave 8) y los dientes perdidos (claves 4 o 5).

5 (-) Diente permanente perdido, por cualquier otro motivo. Esta clave se utiliza para los dientes permanentes que se consideran ausentes de modo congénito o que se han extraído por motivos ortodóncicos o por periodontopatías, traumatismos, etc. Igual que en la clave 4, dos inscripciones de la clave 5 pueden unirse por una línea en los casos de arcos totalmente desdentados.



Fuente: directa



6 (F) Obturación de fisura. Se utiliza esta clave para los dientes en los que se ha colocado un sellador de fisura en la superficie oclusal o para los dientes en los que la fisura oclusal se ha ensanchado con una fresa redondeada, colocando un material compuesto. Si el diente obturado tiene caries, debe codificarse como 1 o B.



Fuente: www.odontopediatria.mex.tl/344

7 (G) Soporte de puente, corona o funda. Se incluye esta clave en el estado de la corona para indicar que un diente forma parte de un puente fijo, esto es, es un soporte de puente. Esta clave puede también emplearse para coronas colocadas por motivos distintos de caries y para fundas o laminas que cubren la superficie labial de un diente en el que no hay signos de caries o de restauración.



Fuente: www.deltadent.es/blog/wp-content/uploads/2008/12/corona.jpg

NOTA: Los dientes perdidos sustituidos por póncticos de puente se codifican 4 o 5 en el estado de la corona, mientras que la situación de la raíz se clasifica como 9.



IMPLANTE. Se utiliza esta clave en el estado de la raíz para indicar que se ha colocado un implante como soporte.

8 (-) Corona sin brotar. Esta clasificación está limitada a los dientes permanentes y se utiliza solo para un espacio dental en el que hay un diente sin brotar, pero en ausencia de diente primario. Los dientes clasificados como no erupcionados quedan excluidos de todos los cálculos relativos a la caries dental. Esta categoría no incluye los dientes perdidos congénitamente, por traumatismos, etc.

Raíz cubierta. Esta clave indica que la superficie de raíz está cubierta, esto es, no hay recesión gingival mas allá de la unión cemento esmalte.

T (T) Traumatismo (fractura). Se clasifica una corona como fracturada cuando falta parte de su superficie como resultado de un traumatismo y no hay signos de caries.

9 (-) No registrado. Esta clave se utiliza para cualquier diente permanente brotado que por algún motivo no se puede examinar (por ej., presencia de bandas de ortodoncia, hipoplasia intensa, etc.). Esta clave se emplea en el estado de la raíz para indicar que el diente ha sido extraído o que existe un tan voluminoso cálculo que es imposible el examen de la raíz.¹⁵



Fuente: directa.



Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

En 1960 Greene y Vermillion crearon el índice de higiene oral (OHI, por sus siglas en inglés *oral hygiene index*); más tarde lo simplificaron para incluir sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés *oral hygiene index simplified*). Mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo. Se usó el impreciso término “desechos” dado que no era práctico diferenciar entre la placa, los desechos y la materia alba.

Asimismo, lo práctico de establecer el peso y grosor de los depósitos blandos incitó a la suposición de que en tanto más sucia se encontrase la boca, mayor sería el área cubierta por los desechos. Esta inferencia también denota un factor relativo al tiempo, dado que mientras más tiempo se abandonen las prácticas de higiene bucal, mayores son las probabilidades de que los desechos cubran la superficie del diente.

El OHI-S consta de dos elementos: un índice de desechos simplificado (DI-S, por sus siglas en inglés *simplified debris index*) un índice de cálculo simplificado (CI-S, por sus siglas en inglés *simplified calculus index*). Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Sólo se emplean para el examen un espejo bucal y un explorador dental, y no se usan agentes reveladores.

Las seis superficies dentales examinadas en el OHI-S son las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo. Así como, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior derecho. Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal.



DIENTE	SUPERFICIE
16	Vestibular
26	Vestibular
46	Lingual
36	Lingual
11	Vestibular
31	Vestibular

Obtención del índice

Es importante señalar que todos los cálculos se efectúan a través del programa dispuesto para ello, sin embargo se presenta la forma manual de realizarlos para que el odontólogo los conozca.

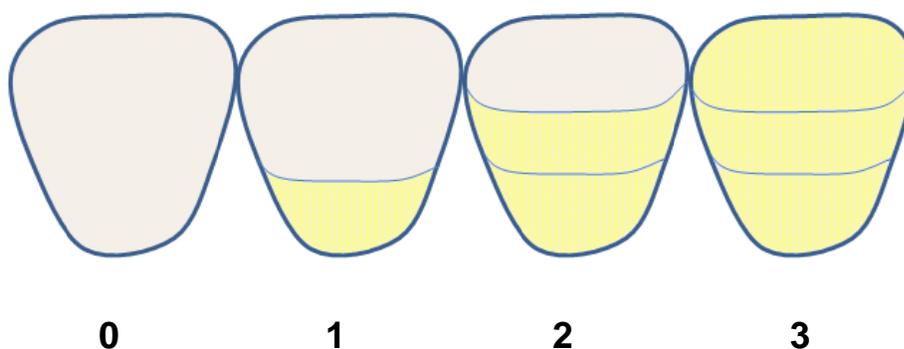
Posterior al registro de los valores de los detritos y de cálculo dentario, se realiza el cómputo del IHOS para cada individuo. Para calcular este índice debe registrarse por lo menos dos sextantes.

El promedio de detritos bucales se obtiene sumando los valores encontrados y dividiendo entre las superficies examinadas. El mismo método se utiliza para obtener el promedio del cálculo dentario. El IHOS es la suma del promedio de detritos bucales y del cálculo dentario.



Índice de desechos bucales (DI-S)

0. No hay presencia de residuos o manchas.
1. Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta.
2. Desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta.
3. Residuos blandos que cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta.



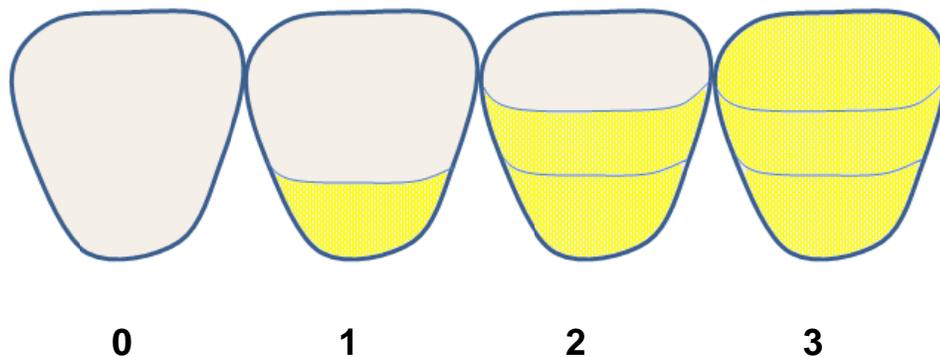
Valores clínicos de la limpieza bucal respecto a los desechos que es posible relacionar con las calificaciones DI-S agrupadas:

ADECUADO	0.0 – 0.6
ACEPTABLE	0.7 – 1.8
DEFICIENTE	1.9 – 3.0



Índice del cálculo (CI-S)

0. No hay sarro presente.
1. Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental expuesta.
2. Cálculo supragingival que cubre más de un tercio, pero menos de dos tercios de la superficie dental expuesta o hay presencia de betas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente, o ambos.
3. Cálculo supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta, o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, o ambos.



Valores clínicos de la higiene bucal que pueden vincularse con las calificaciones IHOS para grupos son los siguientes:

ADECUADO	0.0 – 1.2
ACEPTABLE	1.3 – 3.0
DEFICIENTE	3.1 – 6.0

La relevancia del parámetro IHOS es que, al igual que el índice de placa, es muy empleado en todo el mundo y contribuye de manera considerable a la comprensión de la enfermedad periodontal. ^{16, 17}



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA		No. Recibo
		No. Carnet
Nombre del alumno _____		Grupo <input style="width: 50px;" type="text"/>
Información sociodemográfica		
Nombre del paciente _____		
Edad <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Delegación de residencia _____
<p><u>Conteste en caso de que el paciente sea menor de 15 años:</u></p> <p><u>Ocupación de los padres</u></p> <p>1) obrero 2) empleado 3) comerciante 4) técnico 5) profesional padre <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>6) hogar 7) desempleado 8) jubilado madre <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p><u>Escolaridad de los padres</u> (asentar la escolaridad concluida)</p> <p>1) ninguna 2) primaria 3) secundaria 4) preparatoria 5) educ. técnica padre <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>6) universidad madre <input style="width: 20px;" type="text"/></p>		
<p><u>Ocupación del paciente</u></p> <p>1) obrero 2) empleado 3) comerciante 4) técnico 5) profesional <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>6) hogar 7) desempleado 8) jubilado 9) estudiante</p> <p><u>Escolaridad del paciente</u> (asentar la escolaridad concluida)</p> <p>1) ninguna 2) primaria 3) secundaria 4) preparatoria 5) educ. técnica <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>6) universidad</p>		
Información epidemiológica		
<p><u>Motivo de la consulta</u> (intención de la consulta a la facultad)</p> <p>1) dolor 2) revisión 3) prevención 4) caries 5) prótesis <input style="width: 20px;" type="text"/></p>		
<p><u>Padecimientos que presenta actualmente</u></p> <p>1) cardiopatías 2) enfermedades respiratorias 3) epilepsia 4) diabetes 5) hepatitis <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>6) enfermedades urinarias 7) tuberculosis 7) enfermedades reumáticas 8) cáncer <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>9) hipertensión 10) alergias (mencione) _____ <input style="width: 20px;" type="text"/></p>		
<p><u>Enfermedades que el paciente recuerde que ha padecido</u></p> <p><input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/></p>		
<p><u>Cuadros que ha padecido frecuentemente en los últimos 6 meses</u></p> <p>1) cuadros gripales 2) pérdida de peso 3) infecciones bucales por hongos <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>4) cuadros diarreicos 5) bronquitis 6) vesículas en los labios (ampollas) <input style="width: 20px;" type="text"/></p>		
<p><u>Antecedentes familiares patológicos</u></p> <p>1) epilepsia 2) tuberculosis 3) hipertensión 4) cardiopatías 5) diabetes 6) sida</p> <p>7) fiebre reumática 8) cáncer</p>		
Padre <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Abuelo <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Madre <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Abuela <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	

Historial clínica de la Facultad de Odontología, UNAM, frente.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
HISTORIA CLÍNICA
ODONTOLÓGÍA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA**



Nombre del alumno: _____ Grupo: _____

Nombre del paciente: _____
Edad: _____ Sexo: M F Delegación: _____

1. Ocupación del paciente.

1) Obrero 2) Empleado 3) Comerciante 4) Técnico 5) Profesional 6) Hogar
7) Desempleado 8) Jubilado 9) Estudiante

2. Escolaridad del paciente (asentar la escolaridad concluida).

1) Ninguna 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Educación técnica 6) Universidad

Información epidemiológica

3. Motivo de la consulta (por que asiste a la consulta).

1) Dolor 2) Revisión 3) Prevención 4) Caries 5) Prótesis

4. Padecimientos que presenta actualmente.

1) Cardiopatías 2) Enfermedades respiratorias 3) Epilepsia 4) Diabetes 5) Hepatitis
6) Enfermedades urinarias 7) Tuberculosis 8) Enfermedades reumáticas 9) Cáncer
10) Hipertensión 11) Alergias (mencione) _____

5. Cuadros que ha padecido frecuentemente en los últimos 6 meses.

1) Cuadros gripales 2) Pérdida de peso 3) Infecciones bucales por hongos 4) Cuadros diarreicos
5) Bronquitis 6) Vesículas en los labios (ampollas)

6. Antecedentes familiares patológicos.

1) Epilepsia 2) Tuberculosis 3) Hipertensión 4) Cardiopatías 5) Diabetes
6) Sida 7) Fiebre reumática 8) Cáncer

Padre
Madre

Abuelo
Abuela

7. ¿Esta tomando algún medicamento? SI NO

8. ¿Sangra abundantemente o por largo tiempo cuando sufre alguna herida? SI NO

9. ¿Le han aplicado sangre u otro derivado alguna vez?
especifique la causa _____ SI NO

10. ¿Consumo alguno de los siguientes productos?
1) Tabaco 2) Alcohol 3) Marihuana 4) Solventes 5) Cocaína 6) Otro

11. ¿Ha tenido algún tratamiento odontológico?
especifique cual _____ SI NO

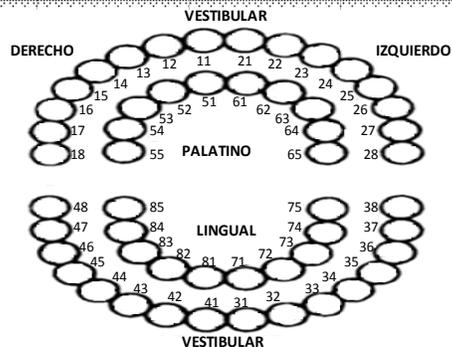
12. ¿Esta usted embarazada?
especificar la edad gestacional en semanas (o meses) _____ SI NO

Historia clínica de propuesta, frente.



Caries Índice CPO - ceo

DIENTE PERMANENTE CORONA	DIAGNOSTICO	DIENTE PRIMARIO CORONA
0	SANO	A
1	CARIADO	B
2	OBTURADO CON CARIES	C
3	OBTURADO SIN CARIES	D
4	PERDIDO POR CARIES	E
5	PERDIDO POR OTRAS CAUSAS	F
6	FISURA OBTURADA	G
7	SOPORTE DE PUENTE O CORONA	7
8	DIENTE SIN ERUPCIONAR	8
9	NO APLICABLE	9



C= + e= + o= ceo=

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

PLACA DENTOBACTERIANA

- No hay presencia de residuos o manchas.
- Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental
- Desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta.
- Residuos blandos que cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta.

17-16	11-21	26-27
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CALCULO DENTAL

- No hay sarro presente
- Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental expuesta
- Calculo supragingival que cubre más de un tercio, pero menos de dos tercias partes de la superficie dental
- Calculo supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental

ÍNDICE DE PLACA=

ÍNDICE DE CALCULO=

IHOS=

13. ¿Cuándo fue la última vez que le aplicaron fluoruro en los dientes?

- 1) dos años 2) un año 3) medio año 4) tres meses 5) un mes 6) nunca

HIGIENE BUCAL

14. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?

- 1) Ninguna 2) una 3) dos 4) tres 5) cuatro ó mas

15. ¿Utiliza algún aditamento para su higiene bucal?

- 1) Enjuague bucal 2) Cepillo interdental 3) Hilo dental

16. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes?

SI NO

17. ¿Tiene sensibilidad dental?

SI NO

18. ¿Ha perdido dientes espontáneamente?

SI NO

ACTIVIDAD	FECHA	REALIZÓ TRATAMIENTO
Platicas educativas de instrucción e higiene:		
Odontoxesis:		
Profilaxis:		
Aplicación tópica de fluoruro:		
Sellador de fosetas y fisuras		

FIRMA ALUMNO: _____

FIRMA PACIENTE: _____

Historia clínica de propuesta, reverso.



Consentimiento informado

Tiene sus antecedentes históricos y evolución a partir del Código de Nuremberg de 1947, y más tarde con la Declaración de Helsinki. La Norma Oficial Mexicana Del Expediente Clínico define al consentimiento bajo información como: Los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.

Por su parte, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico considera al consentimiento informado como: El proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del médico bastante información, en términos comprensibles, que le capacita para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

Además, señala los factores o criterios que deben ser considerados para determinar el contenido de la información que proporcionará el médico:

SUBJETIVO	OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none">• El nivel cultural• Edad• Situación personal y familiar, social y profesional del paciente.	<ul style="list-style-type: none">• Urgencia del caso• Necesidad del tratamiento• Peligrosidad de la intervención• Novedad del tratamiento• Gravedad de la enfermedad• Posible renuncia del paciente a recibir información



Marco jurídico

La Ley General de Salud establece con precisión los casos en que se requiere consentimiento del paciente y/o familiares, siendo:

- Cuando participe como sujeto en una investigación.
- En el tratamiento de una persona enferma, para utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente.
- Para la donación de órganos y tejidos en vida, y para la donación de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas.
- Para la práctica de necropsias en cadáveres de seres humanos, salvo que exista orden por escrito del disponente, o en el caso de la probable comisión de un delito, por orden de la autoridad judicial o el Ministerio Público.
- Para la utilización de cadáveres o parte de ellos de personas conocidas, con fines de docencia e investigación.
- Para realizar inseminación artificial.

Por su parte, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica señala que se requiere Autorización del paciente o sus familiares para:

- Ingreso hospitalario.
- Procedimientos de alto riesgo.
- Amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente.
- Toda medida diagnóstica, preventiva, terapéutica o rehabilitatoria que tenga carácter experimental.



La Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico señala los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información:

- Ingreso hospitalario.
- Procedimientos de cirugía mayor.
- Procedimientos que requieren anestesia general.
- Salpingoclasia y vasectomía.
- Trasplantes.
- Investigación clínica en seres humanos.
- Necropsia hospitalaria.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
- Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

Requisitos

Conforme a los ordenamientos del Reglamento de Atención Médica y la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, las Cartas de Consentimiento Bajo Información o Consentimiento Informado deben contener como mínimo:

1. Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso.
2. Nombre, razón o denominación social del establecimiento.
3. Título del documento.
4. Lugar y fecha en que se emite.
5. Acto autorizado.
6. Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.



7. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.
8. Nombre completo y firma de dos testigos.

Consentimiento informado en odontología

Desde 1995 los cirujanos dentistas tienen la obligación de recabar la firma de autorización de los pacientes para la realización de los tratamientos:

En caso de aceptar el plan de tratamiento propuesto por el cirujano dentista, éste debe ser firmado por el paciente o por algún familiar, tutor o representante legal, en pacientes menores de edad o personas discapacitadas, y se debe incluir en el expediente clínico del paciente.

Aunque prácticamente desconocida, la NOM-071-SCFI-2001, Elementos Normativos para la Contratación de Servicios de Atención Médica por Cobro Directo, establece la obligación de elaborar un Contrato de Adhesión entre los cirujanos dentistas y sus pacientes privados ya que esta NOM es de observancia general y obligatoria en el territorio nacional para las personas físicas o morales que proporcionen servicios de atención médica cuyo cobro se realice directamente al consumidor o demandante del servicio.

El Proyecto de Modificación de la NOM 013 Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales incorpora este consentimiento informado como una obligatoriedad en la atención odontológica, como se desprende el texto sometido a la opinión de los interesados.



La información referente a la historia clínica, plan de tratamiento, así como al consentimiento bajo información, deben ser firmados por el paciente o por algún familiar, tutor o representante legal en menores de edad o personas discapacitadas, y se debe incluir en el expediente clínico del paciente.

9. Expediente clínico.

9.1.1 El expediente clínico debe contar como mínimo con los siguientes documentos:

9.5 Carta de consentimiento bajo información.

9.5.2 La Carta de consentimiento bajo información debe contar como mínimo:

9.5.2.1 Nombre del paciente.

9.5.2.2 Nombre de la institución.

9.5.2.3 Nombre del estomatólogo.

9.5.2.4 Diagnóstico.

9.5.2.5 Acto autorizado de naturaleza curativa.

9.5.2.6 Riesgos.

9.5.2.7 Molestias.

9.5.2.8 Efectos secundarios.

9.5.2.9 Alternativas de tratamiento.

9.5.2.10 Motivo de elección.

9.5.2.11 Mayor o menor urgencia.

9.5.2.12 Lugar y fecha donde se emite.

9.5.2.13 Autorización al estomatólogo para atención de contingencias y urgencias, derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

9.5.2.14 Nombre completo y firma de testigos.



El consentimiento informado, consentimiento bajo información o consentimiento válidamente informado, como se le ha denominado en diversos foros, tiene como objetivo primordial el garantizar la participación de los pacientes en la selección de su tratamiento.

El consentimiento informado debe cumplir con los requisitos señalados anteriormente; además debe ser impreso, redactado en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.

Este documento legal es especialmente relevante cuando los tratamientos presentan riesgos para los pacientes, como el ingreso hospitalario, los procedimientos bajo anestesia general, salpingoclasia, vasectomía, amputaciones, tratamientos experimentales, etcétera.

No obstante lo anterior, se considera que la atención clínica que realizan la mayoría de los cirujanos dentistas es una práctica de riesgos moderados y alcances limitados que no justifican la elaboración de cartas de consentimiento informado en todos y cada uno de los casos, ya que solamente contribuiría al gasto en tiempo, equipo y materiales sin beneficio real para el paciente o el odontólogo, por lo que el Proyecto de Modificación de la NOM 013 pareciera un exceso de regulación.

El Plan de Tratamiento firmado por el paciente se considera como un documento legal adecuado como está normado en la actualidad y que –cabe destacar– tiene un reducido nivel de cumplimiento, por lo que habría que pugnar por su cabal observancia en vez de incrementar las exigencias y poner en situación de incumplimiento mayor a los dentistas.



Similarmente, la NOM-071-SCFI que establece los requisitos de los Contratos de Adhesión adolece de imprecisión en la diferenciación del ejercicio de la medicina y la odontología, ya que como se señala en el artículo 1.3.1 NO es aplicable en la prestación de servicios profesionales de consulta médica (diagnóstico) que realizan los médicos con los pacientes ambulatorios; pero sí es de observancia obligatoria en los Servicios de atención médica, que corresponden al conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover y restaurar su salud (tratamiento) que corresponden a la mayoría de las intervenciones de los dentistas.

Dicho de otra manera: En la consulta externa los médicos realizan el diagnóstico e indican el tratamiento que aplicará el paciente; en odontología el cirujano dentista realiza el diagnóstico y el tratamiento.

Por ello, se propone modificar esta Norma Oficial Mexicana para evitar excesos regulatorios en el ejercicio de la odontología sin mayores beneficios para los pacientes, profesionistas o la sociedad para cuya protección se promulgan estas leyes. ¹⁸



FACULTAD DE ODONTOLÓGIA, UNAM
COORDINACIÓN DE CLÍNICAS PERIFÉRICAS



CARTA DE CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

NOMBRE DEL ALUMNO (A) _____ FECHA _____

CLÍNICA PERIFÉRICA _____ TURNO _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____ EDAD _____

DOMICILIO _____ TEL _____

NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE, PADRE O TUTOR _____

DOMICILIO _____ TEL _____

1. De acuerdo al examen buco-dental que cuidadosamente ha efectuado el alumno que me atiende en esta Clínica Periférica y los Profesores (as) que tienen relación con mi tratamiento y cuyas firmas de asesoramiento específico aparecen en la historia clínica de la especialidad respectiva, junto con los datos que he proporcionado sobre mi condición de salud en general y que constan en mi historia clínica (**en caso de padecer alguna enfermedad de tipo sistémico, que no esté controlada o que comprometa la salud del paciente durante el tratamiento odontológico, se requerirá una carta informativa del médico tratante, sobre las consideraciones preventivas que requiera, para mayor seguridad durante su tratamiento, así como la autorización para realizar las interconsultas que se requieren**); se me ha informado el padecimiento que presento y el diagnóstico de mi condición bucodental en general, que se detalla en el reverso de la página.

2. Me mencionaron diversas opciones de tratamiento, las ventajas y desventajas de cada una de ellas decidiendo de acuerdo con el alumno y los profesores, un plan de tratamiento, por así convenir a mis intereses económicos y personales y que es el que se detalla en el reverso de la página.

3. He sido informado que durante mi tratamiento será necesario realizar una serie de fotografías o video intrabucales y/o extrabucales, modelos bucales, radiografías y otros estudios. Autorizo (SI) (NO) sin condición alguna, que dicho material sea empleado en sesiones académicas, de docencia, eventos científicos nacionales o internacionales y/o publicados en revistas científicas. Acepto que dicho material sea propiedad de la Institución, por lo que se conservará en el expediente que se abra para mi atención.

4. También se me ha informado un tiempo estimado para concluir mi tratamiento, bajo las condiciones de salud bucal e integral que inicialmente presento, siempre que yo siga con las indicaciones dadas por el alumno y acuda a mis citas en forma constante y puntual. Sin embargo acepto que el alumno depende de la autorización del profesor para continuar el tratamiento, ya que esta es una institución educativa, por lo que el tiempo estimado podría modificarse sin que ello implique responsabilidad alguna para la institución, siempre que exista justificación.

5. He sido informado y comprendo que pueden presentarse complicaciones relacionadas con mi estado de salud actual, durante y después del tratamiento a efectuar, tales como: infección, inflamación, dolor, reacciones alérgicas a la anestesia o a algún medicamento, dependiendo del tratamiento específico que se me realice. Así como la agudización de alguna enfermedad sistémica o local que padezca.

EN CASO DE QUE EL TRATAMIENTO REQUIERA ANESTESIA O LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS, EL PROFESIONAL DE LA SALUD ME HA EXPLICADO QUE, A PESAR DE LAS CONSIDERACIONES PREVISTAS COMO RESULTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA REALIZADA, SE PUEDEN PRESENTAR ALTERACIONES QUE PODRÍAN INCLUSO RESULTAR GRAVES. LO QUE REQUERIRÍA DE PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA.



6. Se me ha explicado que de no atender mi problema buco-dental, los padecimientos que presento seguirán su evolución natural y se complicarán. Asimismo acepto que el trabajo que no sea revisado y firmado por el profesor y realizado en la Clínica Periférica correspondiente, no será responsabilidad de la institución; en tal sentido, cualquier trabajo realizado fuera de la clínica, no causará responsabilidad para la Facultad de Odontología, UNAM, aunque dicho trabajo, haya sido realizado por alguno de los maestros o alumnos.

7. Estoy informado que pueden surgir variaciones en el plan de tratamiento originalmente propuesto y que exista la necesidad de llevar a cabo procedimientos adicionales o alternativos con la finalidad de obtener un mejor resultado del tratamiento inicialmente planeado, si ese fuera el caso, apruebo cualquier modificación al plan de tratamiento original y a los materiales empleados, lo cual puede implicar costos extras siempre y cuando exista justificación para ello.

8. He sido enterado que esta clínica es una institución universitaria de enseñanza y se rige por el calendario escolar vigente, por lo que el alumno que me asignaron deberá concluir el tratamiento específico que esté llevando a cabo, sin embargo si no concuyera mi tratamiento integralmente, en el siguiente ciclo escolar, se me asignará un nuevo alumno. He sido informado y acepto que mi tratamiento será realizado invariablemente por un alumno residente de esta Clínica Periférica.

9. Tengo la posibilidad de revocación de este consentimiento, siempre y cuando notifique al alumno mi decisión, así como por escrito al Jefe de Enseñanza de esta Clínica Periférica, utilizando el formato que existe para ese fin.

10. Se me ha explicado que el éxito de mi tratamiento dependerá en gran medida de atender a las indicaciones e instrucciones del facultativo, previas, durante y posteriores a la realización de mi tratamiento o procedimiento, cualquiera que éste sea.

11. Declaro también que todo lo anterior se me ha explicado en lenguaje claro y sencillo, que he tenido la oportunidad de aclarar todas mis dudas, y además haber podido expresar de manera libre todos mis comentarios. Por lo anterior manifiesto estar plenamente satisfecho(a) con la información recibida y comprendo todos los alcances y riesgos del procedimiento y/o tratamiento al que se me someteré.

12. Por lo tanto y de acuerdo con la información recibida, otorgo mi consentimiento para que se lleve a cabo el o los procedimientos necesarios para mi rehabilitación buco-dental.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO (A)

NOMBRE Y FIRMA DE LOS PROFESOR (ES, AS) QUE REVISARON AL PACIENTE

Se ha concluido mi tratamiento de acuerdo a lo previsto y me doy por satisfecho.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Consentimiento válidamente informado, Clínica integral adultos, Facultad de Odontología, UNAM.



No. de expediente _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRÍA
CARTA DE CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO



México, D. F. a _____

_____, con domicilio en _____
Nombre del padre o tutor

Calle _____ No. _____ Colonia _____ Delegación _____

C.P. _____ Teléfono _____, en calidad de familiar o tutor de _____ Nombre del paciente

_____, declaro que el (la) alumno (a) _____

del grupo _____, con número de cuenta _____ me ha explicado que:

1. El examen bucodental realizado a mi hijo(a) ayuda a establecer el diagnóstico de _____
_____ y el tratamiento que consistirá en _____

2. La mayoría de los procedimientos en Odontopediatria requiere del uso de anesésicos locales y aislamiento absoluto con cuidados posteriores al mismo. Estoy enterado(a) de los riesgos y beneficios de su empleo.

3. Algunos medicamentos y productos odontológicos pueden ocasionar ciertas reacciones alérgicas.

4. La atención odontológica es diferente en el paciente pediátrico y que existen procedimientos que pueden requerir el uso de técnicas de manejo de la conducta de acuerdo con la edad (técnicas de comunicación, modificación de la conducta y restricción física), las cuales se me han explicado detalladamente, y estoy de acuerdo con su empleo cuando sea necesario.

5. Pueden existir cambios en el plan de tratamiento y realizar procedimientos alternativos con el fin de resolver el problema de mi hijo (a) y devolverle la salud bucodental, pudiendo esto generar costos extras.

6. Cuando un tratamiento se prolongue o interrumpa será necesaria una revalorización del plan de tratamiento. Asimismo, pueden presentarse consecuencias en caso de abandono del mismo, o si durante el tratamiento se acude a otra institución, lo que podría modificar lo convenido inicialmente.

7. De acuerdo con los datos que he proporcionado y que se encuentran asentados en la historia clínica, así como con el examen bucodental que ha efectuado el alumno con la asesoría del profesor _____, acepto que en caso de que mi hijo(a) presente alguna enfermedad sistémica, es imprescindible para su atención bucodental una autorización por escrito del médico tratante.

8. Ésta es una institución educativa donde los tratamientos forman parte de las actividades de aprendizaje de los alumnos, por lo que la asignación del alumno tratante estará a cargo del profesor. La atención bucodental estará sujeta a los tiempos determinados en el calendario escolar, a la disponibilidad de lugar en la clínica y a las habilidades del alumno.

9. Cualquier actividad encaminada a la valoración, diagnóstico y tratamiento tiene un costo, el cual deberá cubrirse en la caja cuando se me indique.

10. Tres inasistencias o retrasos implican la suspensión en la atención en esta institución. En caso de ser necesaria la cancelación de una cita deberé notificarla con 24 horas de anticipación.

11. Existe la posibilidad de revocar este consentimiento, siempre y cuando se notifique por escrito tanto al alumno como al profesor.

Declaro que comprendo y acepto todos los incisos anteriores y que toda la información que proporcioné es veraz. Asimismo, manifiesto mi conformidad con la información recibida, los alcances y riesgos de la atención clínica y, por lo tanto, otorgo mi consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos necesarios para la atención bucodental de mi hijo(a).

Nombre y firma del padre o tutor

Nombre y firma del alumno

Nombre y firma del profesor y número de Cédula Profesional

Consentimiento válidamente informado de Odontopediatria. Facultad de Odontología, UNAM.



CONCLUSIONES

La educación para la salud se tiene que ver reflejada en un estilo de vida desde el primer año de la carrera odontológica y esta a su vez debe ser promovida por los estudiantes hacia sus pacientes, debido a que la promoción para la salud es el proceso de capacitación de las personas para aumentar el control sobre su propia salud y de esta forma poder mejorarla.

Es de suma importancia cumplir con lo que la NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico y la NOM-013-SSA2-1994 para la prevención de enfermedades bucales, además de la Organización Panamericana de Salud, entre otras, piden como requisitos mínimos para poder realizar una historia clínica.

Los estudiantes de odontología en los primeros años de la licenciatura podrán dar un mejor diagnóstico y tratamiento si tienen la habilidad de manejar correctamente la historia clínica y con ello conocer los antecedentes hereditarios, personales, patológicos, no patológicos y el padecimiento actual del paciente, además de dominar los índices epidemiológicos así como el odontograma numérico.



BIBLIOGRAFÍA.

1. Medrano Morales Juan. Expediente Clínico Odontológico: cómo elaborarlo, interrogarlo, manejarlo y archivarlo conforme a la normativa. 1ª. ed. México: Editorial Trillas, 2005. Pp. 21-31.
2. Chasteen Joseph E. Principios de Clínica Odontológica. 2ª ed. México: Editorial El Manual Moderno, 1986. Pp. 50-51.
3. Higashida Bertha. Odontología Preventiva. 1ª. ed. México: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 2002. Pp. 245-248.
4. Norma oficial mexicana nom-168-ssa1-1998, del expediente clínico. Disponible en www.sesver.ssaver.gob.mx Internet fecha de acceso 17 de agosto de 2010.
5. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el 6 de enero de 1995. Disponible www.salud.gob.mx/unidades. Internet fecha de acceso 17 de agosto de 2010.
6. Botero MP, Pedrosa GA, Vélez TN, y col. Manual para la realización de la historia clínica odontológica del estudiante. 1ª ed. Medellín, Colombia: Editorial Universidad Cooperativa de Colombia, 2007. Pp. 13-15.
7. Abreu Martin Luis. La historia clínica, manual de procedimientos. 1ª ed. México: Editorial Intersistemas, 1997. Pp. 13-14.
8. Giglio Máximo J. Semiología en la práctica de la odontología. 1ª ed. Chile: Mc Graw-Hill Interamericana de Chile LTDA, 2000. Pp. 94-123; 414.
9. Fritz Sandy. Fundamentos del masaje terapéutico. 3ª ed. Madrid, España: Editorial Elsevier, 2005. Pp. 222-224.



10. Serrano Gonzales María I. La Educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud. 2ª ed. Madrid, España: Editorial Alezeia, 2002. Pp. 271.
11. Chimenos Küstner Eduardo. Diccionario de Odontología. 2ª ed. España: Editorial Elsevier Mosby, 2008. Pp. 466-467.
12. Barrancos Money. Operatoria dental. Integración clínica. 4ª ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Medico Panamericana, 2006. Pp. 36.
13. Iruretagoyena Marcelo Alberto. Salud dental para todos. Buenos Aires, Argentina. Disponible en www.sdpt.net/cariologia.htm. Internet fecha de acceso 12 de septiembre de 2010.
14. Dirección General de Epidemiología. Manual de Procedimientos para el Odontólogo de la unidad Centinela. Disponible en www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/IMAGES/patoBUCAL/Manuales/SIB EPAB-Procedimientos.pdf. Internet fecha de acceso 12 de septiembre de 2010.
15. OMS. Encuestas de salud bucodental. Métodos básicos. 4ª ed. Ginebra, Suiza. 1997. Pp. 40-44.
16. Carranza Newman. Periodontología clínica, Epidemiología de los trastornos gingival y periodontal. 1ª ed. Editorial Mac Graw-Hill Interamericana, 1998. Pp. 72-73.
17. Lindhe J. Periodontología Clínica. 1ª ed. Editorial Médica Panamericana, 1992. Pp. 73.
18. Gómez García R. Consentimiento informado en odontología. Revista ADM. 2007; 64, N.º. 5: Pp. 205-207.