



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EVOLUCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA EN LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA, UNAM.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ARIANNA JUÁREZ RAVELO

TUTORA: C.D. ARCELIA ALBARRÁN ESPINOSA

ASESOR: MTRO. HÉCTOR ORTEGA HERRERA



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.

Entre más esfuerzos hagas y mayores contrariedades encuentres, más delicioso encontrarás el sabor del triunfo.

***A MIS PADRES LETICIA RAVELO Y
JORGE JUÁREZ***

Por darme la oportunidad de existir, son tan importantes e indispensables en mi vida. Como muestra de cariño y admiración les doy gracias por todo el esfuerzo y sacrificio que me han brindado. Hoy tengo la fuerza para seguir adelante, ya que me permitieron concluir con mi gran sueño, mi carrera.

Gracias papis los amo.

A MI HERNAÑO AARÓN

Aunque siempre pensemos diferente, algún día tendremos que coincidir, gracias por tu apoyo y por ser como eres, te quiero.

A MI FAMILIA

Lo más importante de todo es seguir como hasta ahora, unidos. Gracias a mis abuelitos+, tíos, primos y sobrinos por brindarme su apoyo, cariño y paciencia.

En memoria de mi abuelito Roberto, lo extraño.

A MARIO

Una vez más, no encuentro palabras para agradecer tu apoyo incondicional y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Eres sin duda una gran persona, que he me ha enseñado a ser humilde y a equivocarme para después levantarme, por eso eres tan importante en mi vida y en mi familia. Gracias por ser tan lindo, te quiero mi amor.

A MIS AMIGOS

Cada uno de ustedes sabe lo que significan para mí, todos son especiales, y a cada uno les doy gracias por compartir parte de su vida conmigo.

RUBÍ Y MAGNOLIA

*En mi camino encontré a personas que me han enseñado grandes cosas,
pero lo que más me alegra es que ustedes siguen a mi lado,
en las buenas y en las malas. Gracias por su cariño, consejos y amistad.
Gracias por ser mis confidentes, las quiero mucho.*

C.D. ALONSO NEYRA LÓPEZ

*Le agradezco sus palabras, que gracias a ellas
hoy estoy de pie y sigo adelante.*

Gracias por creer en mí.

**A LA C.D. ARCELIA ALBARRÁN Y
MTRO. HÉCTOR ORTEGA**

*Por su disposición y voluntad en dedicar parte de su
tiempo y conocimientos en mi trabajo.*

Con admiración y respeto.

A LOS PROFESORES

*Por su amabilidad y brindarme parte de su tiempo
al concederme una entrevista para elaborar mi tesina.*

A LA DRA. CONCEPCIÓN SÁNCHEZ

*Ya su equipo de trabajo Marce y el Sr. Mario que
colaboran en el Hospital Infantil de México por brindarme
su apoyo, conocimientos y amistad.*

A MIS PACIENTES

*Gracias a todos los que depositaron su confianza en mí y
me han seguido hasta ahora. Gracias por su paciencia.*

*Es difícil dar gracias a cada una de las personas que sin duda,
me brindaron apoyo en este camino difícil de recorrer,
pero no imposible de lograr.*

Arianna Juárez Ravelo.

ÍNDICE

Página

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES.....	2
1.1 Historia clínica.....	14
1.2 Función.....	15
1.3 Objetivos.....	15
1.4 Bases legales.....	16
2. HISTORIA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA.....	19
2.1 Estructura de la historia clínica.....	21
3. EVOLUCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM.....	28
3.1 Historia clínica del año 1962.....	28
3.2 Historia clínica del año 1976.....	36
3.3 Historia clínica vigente desde el año 2006.....	45
4. CARTA DE CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO...57	
4.1 Importancia.....	57
4.2 Normatividad.....	59
CONCLUSIONES.....	62
BIBLIOGRAFÍA.....	63
ANEXOS.....	66

INTRODUCCIÓN

A través de casi cuatro décadas, la historia clínica de Odontopediatría en la Facultad de Odontología, ha constituido el eje de la práctica odontológica de los alumnos. Para la cual se han empleado diversos diseños con el fin de proporcionar información valiosa para el manejo, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del paciente pediátrico.

Desde su aparición en la Facultad de Odontología de la UNAM, la historia clínica de Odontopediatría ha sufrido diversos e importantes cambios, de acuerdo a las necesidades de atención y normatividad en diferentes épocas.

La historia clínica como cualquier otro documento, pasa por diversas etapas durante su proceso de elaboración. La selección de datos a obtener, la forma de llenarla y documentos que la integran, nos mueve a preguntarnos ¿cómo ha sido su evolución a través de los años y qué partes o contenidos se fueron integrando?.

La información que se obtiene de la historia clínica de Odontopediatría actualmente se debe a la organización y colaboración de un equipo de trabajo perteneciente al Departamento de Odontopediatría en la Facultad de Odontología de la UNAM, que en base a la experiencia y necesidades de salud de la población pediátrica del momento realizó los cambios pertinentes.



1. ANTECEDENTES

La historia clínica ha sido un pilar muy importante para el progreso de la Medicina y la Odontología. Sobre ella descansa el conocimiento de la naturaleza de la enfermedad, de sus causas y de la manera de evitarla o curarla. Podemos decir que ella es el registro del progreso médico y odontológico con sus victorias y fracasos.

Por lo tanto la historia clínica representa la “*expresión gráfica*” de un acto médico en su ilimitada acción y a su vez, éste es el resultado de la relación del médico con el paciente. La historia clínica registra la actividad que se efectúa cuando un médico y un paciente en colaboración voluntaria, establecen contacto para realizar lo que se ha llamado acto médico.

La “*expresión gráfica*” del padecimiento de una persona, es un hecho que puede estar acompañado de otros padecimientos secundarios y relacionados entre sí y en base a estos datos la historia clínica puede sufrir modificaciones a lo largo del tiempo o la situación que se produzca.

Desde el comienzo de la vida hubo un intento de interpretar las enfermedades. Los chamanes pretendían localizarla para extraer y expulsar el cuerpo extraño que causaba la enfermedad. No es posible encontrar una historia clínica en un medio en el cual, la medicina se practicaba con fines mágicos o religiosos.

La justificación de la historia clínica está dada por su utilidad para el conocimiento de la naturaleza de la enfermedad, de sus causas y de la manera de evitarla o curarla, así como para el progreso de la medicina.



La historia clínica comenzó a tener mayor trascendencia con Hipócrates, quien señaló las pautas para la recolección de datos, momento en que la medicina dejó de ser empírica, mágica y religiosa para convertirse en científica y experimental.¹

Algunos autores aluden como antecedente primario de la historia clínica, algunos párrafos del papiro de Smith, que data del siglo XVII a. C., en el cual se encuentran redactados numerosos casos clínicos odontológicos,² donde aparece consignado el nombre del paciente y la enfermedad, describiendo 48 casos clínicos de cirugía y destaca la importancia de un diagnóstico y pronóstico antes de empezar el tratamiento (Fig. 1).



Figura 1. Papiro de Smith, compuesto en escritura hierática egipcia, hacia el año 1550 a. C.³

¹ Abreu LM. Fundamentos del diagnóstico. México, D. F. Méndez Editores, Primera reimpresión México, 1996, pág. 12.

² Lerman S. Historia de la Odontología y su Ejercicio Legal. República de Argentina, Buenos Aires. Impresora de Plata, 3ª ed. 1974, pp. 25-55.

³ Knut H. Historia de la Medicina. Madrid, España, Ed. Corporativo Intermedica, 1999, pág. 22.



La cultura egipcia tiene registros muy antiguos de documentos que refieren las enfermedades dentales ya eran curadas por especialistas. En la época de la construcción de la pirámide escalonada de Sakkara y de las Casas de la Eternidad de Gizeh, entre los años 300 y 2500 a. C., se hace referencia a Hesi-Re como “el más grande de los médicos que cura los dientes”.⁴

El papiro de Ebers, que se escribió entre los años 3700 a 1550 a. C., contiene una recopilación de los textos médicos de las épocas anteriores y hace referencias abundantes acerca de las enfermedades dentales⁵ (Fig. 2).

Este papiro demuestra que los egipcios aplicaban un tratamiento específico a cada enfermedad incluyendo las dentales.



Figura 2. Papiro de Ebers tiene aproximadamente 20 metros de longitud y es una colección de recetas medicas.⁶

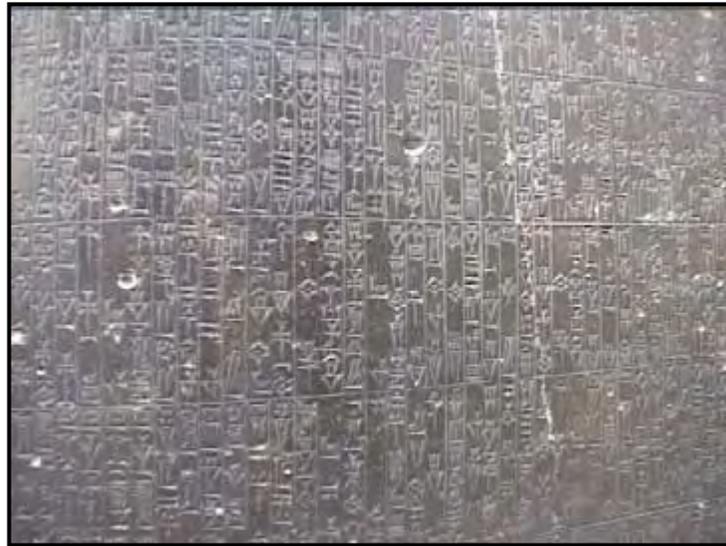
⁴ Lerman S. Historia de la Odontología y su Ejercicio Legal. República de Argentina, Buenos Aires. Impresora de Plata, 3^a ed. 1974, pp. 25-55.

⁵ Malvin ER. Historia Ilustrada de la Odontología. Barcelona, España. Mosby-Doyman Libros, 2^a Reimpresión, 1995, pp. 27-33.

⁶ <http://images.google.com.mx/imgres?imgurl=http://lengua.laguia2000.com>



El código de Hammurabi, fue promulgado por el rey babilónico Hammurabi entre los años 2123-2081 a. C. (Figs. 3 y 4), en el que se encuentran inscritas historias clínicas que son menos detalladas que las de los papiros egipcios por su estilo y contenido similar, en las cuales describen los síntomas, formulan el pronóstico, e indican el tratamiento.⁷



Figuras 3 y 4. Hammurabi aparece recibiendo sus leyes del dios sol, en la parte superior de la piedra, sobre la cual se inscribieron dichas leyes.⁸

En Grecia la historia clínica coincidió con un sistema filosófico. El motivo de estudio, era el interés por la naturaleza. Ellos afirmaban que el causante de la enfermedad era la “*physis*”, es decir el medio que nos rodeaba.

⁷ Lerman. Op. cit., pág. 112.

⁸ Knut. Op. cit., pág. 19.



Este interés por investigar la “*physis*”, creó escuelas para observar, discutir y analizar los fenómenos naturales. En este momento, Hipócrates ya reunía 42 historias clínicas en sus obras “*Corpus Hipocraticum*” y “*Epidermias I y II*”. Hipócrates (Fig. 5) describía minuciosa y objetivamente la enfermedad, haciendo énfasis en la localización anatómica y la fecha en la que se presentaba, sin embargo, no anotaba antecedentes patológicos y rara vez citaba el tratamiento.⁹

En su libro “*Sobre las afecciones*”, se observan casos de dolor de muelas y en su libro “*Epidermias VII*”, refiere numerosas historias clínicas. En algunas de éstas explica la importancia de los dolores de muelas y sus afecciones.¹⁰

Las historias clínicas hipocráticas tienen semejanzas y diferencias con respecto a un modelo actual. Las semejanzas son:

- Descripción del síntoma que presentaba el paciente, de forma detallada; ya que los griegos obtenían los síntomas que percibían por la vista, el gusto, el tacto, el oído y el olfato.
- Ordenación patocrónica de los diferentes síntomas que presentaba el paciente.
- Cada observación clínica que hacía el médico se intentaba relacionar con el medio ambiente en el que se producía la enfermedad.

⁹ Abreu. Op. cit. pág.13.

¹⁰ Malvin. Op. cit. pp. 13-89.



Las diferencias que se observan en las historias clínicas hipocráticas son:

- No hay antecedentes de la enfermedad.
- No diferencian entre síntomas subjetivos y objetivos.
- No hay algún intento de ver semejanzas en las enfermedades de distintos pacientes.¹¹

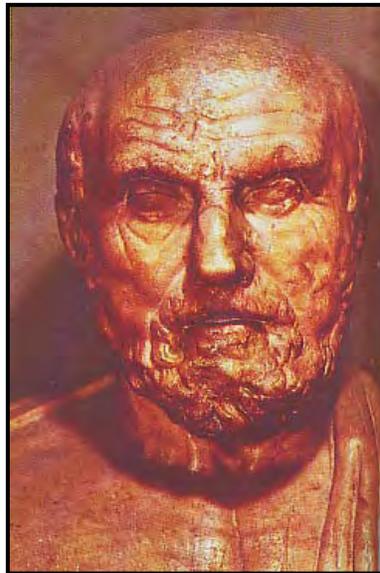


Figura 5. Hipócrates fue considerado el padre de la Medicina.¹²

Durante la Edad Media, el estudiante de medicina tenía grandes conocimientos teóricos, pero sin ninguna práctica con pacientes, lo que motivó a médicos experimentados a escribir una serie de notas que normaban sus acciones. Nunca fueron escritas por un solo autor, se iniciaban con las palabras *consilium pro* (consejo sobre o consejo para) y se les reconocía con el nombre de *consilia*.

¹¹ Laín Entralgo, Pedro. Historia de la Medicina. Barcelona, ED. Salvat, 1986, pp. 309-320

¹² Knut. Op, cit. pág. 40.



En los *consilia* se solía referir un caso clínico concreto, comentarios sobre los pros y contras de cada medicamento, los ambientes y climas más adecuados, indicaciones de cantidad, horario y vía de administración de éstos.

Este tipo de historia, *el consilium*, constaba de cuatro partes:

1. Título. Se establecía la enfermedad de la que se tratara
2. Primera sección. Donde se transcribían los síntomas observados por el médico, ordenados conceptualmente y con algún otro comentario.
3. Segunda sección. Se establecía la discusión en cuestión de la etiología, la patogenia y el tratamiento.
4. Fórmula Final. De tipo religioso.¹³

Aunque nunca se suprimió la práctica de la elaboración de las historias clínicas, hubieron algunos momentos históricos en que se realizaban con menos frecuencia; es a partir del Renacimiento cuando comienza su práctica generalizada.¹⁴

Sin embargo, la gran novedad renacentista fue la incorporación del hallazgo necrópsico a la historia clínica. En la anatomía de Vesalio encontramos una historia clínica con resultados de necropsia y descripción de datos anatopatológicos. En este período se realizaban las primeras disecciones europeas, cuando hablaban de órganos o formas normales y

¹³ Laín Entralgo. Op cit. pp. 309-320.

¹⁴ Garrido RB, Sánchez SJ, Pardo MV, *Odontología legal y forense*, Masson, España, 1994, pág. 75 y 76.



alteradas; sin embargo, estas descripciones no podían explicar ¿cómo se producían? y ¿por qué?.

Fue Antonio Benivieni (1443?-1502) quien en su libro “*Sobre algunas ocultas y sorprendentes causas de la enfermedad y curación*”¹⁵ en el año de 1502, recoge casos de su propia experiencia. Explica lo que se encuentra en un cadáver con lo que podemos decir que crea el primer protocolo de autopsia vinculado a la historia clínica.

En el siglo XVII el *consilium* se convierte en *observatio*. Este hecho tuvo tal importancia que pasa de treinta libros dedicados a recopilar historias clínicas con estudios necrópsicos. De todos ellos el “*Sepulcretum*” de Teofilo Bonet en 1679 publica la más extensa y completa recopilación de más de tres mil historias clínicas con protocolo de autopsia.

Simultáneamente Thomas Sydenham (Fig. 6), aportó un nuevo interés a la historia clínica: clasificó los diferentes cuadros patológicos establecidos a partir de los datos que la misma historia clínica suministraba, al que llamó “*historia morbi*” y aunque conservó la importancia hipocrática de la “*physis*”, no la consideró del todo responsable, si no como un moderador más de la naturaleza.

Otras aportaciones de Sydenham a la historia clínica fueron:

- Empirismo clínico. Describe todo aquello por medio de los sentidos.
- Especificidad. Empieza a describir casos de la enfermedad en conjunto y a su vez en su individualidad.

¹⁵ Laín Entralgo. Op cit. pág. 321.



Figura 7. Thomas Sydenham (1624-1689)¹⁶

A fines del siglo XVIII Morgagni con su libro “*Desidebus et causis morgorum*”, modificó la historia clínica. Consideró la enfermedad como un conjunto de síntomas y signos que en el enfermo son manifestaciones de una lesión que tendrá que descubrirse en la necropsia. Todo esto, ocasionó que además de los datos clásicos se añadieran los obtenidos por la exploración física del enfermo.

Por otra parte, el médico Herman Boerhaave (Fig. 8) basándose en la historia de Sydenham, realizó un modelo de historia clínica; fue minucioso en la descripción del síntoma y sistemático en la clasificación del diagnóstico, determinando así normas precisas para uniformar el relato de la historia clínica.

¹⁶ Knut. Op, cit. pág. 143.



Boerhaave estableció que el examen de los enfermos debía constar de tres tiempos: inspección, anamnesis y exploración objetiva.

1. Inspección. Permite al médico conocer el sexo, el estado de vida del paciente, y además, los hábitos, costumbres y posición social.
2. Anamnesis. El médico trata de averiguar los antecedentes familiares y personales, el comienzo de la enfermedad, el curso de la misma hasta el momento en que el paciente acude al médico.
3. Exploración objetiva. Se pretende averiguar el estado morfológico y funcional de las distintas partes del organismo del paciente.



Figura 8. Herman Boerhaave (1668-1738)¹⁷

¹⁷ Ib. pág. 170.



Hasta a principios del siglo XIX, en la historia clínica se describió lo visible; es decir, lo que el paciente relataba y lo que podía observarse en necropsia. Se describían la orina, la heces, el esputo, el vómito o cualquier otra secreción, pero solo se anotaba la apariencia y cantidad de éstas.¹⁸

Marie Francois Xavier Bichat (1771-1802), desechó la tendencia clasificadora para relacionar el síntoma con la lesión. El principal objetivo de Bichat fue unir la observación clínica con los hallazgos anatómo-patológicos. Ésto fue posible gracias a los métodos de exploración física: Augenbrugger difundió el uso de la percusión y Laennec el de la auscultación.

Más tarde quien relacionó la historia clínica con la exploración fue Jean Nicolás Corvisart (1755-1821). Él mencionaba que era importante diagnosticar al paciente en vida y después encontrar la lesión en el cadáver. Él mismo acercaba el pabellón auditivo de la oreja al tórax del paciente e introduce la percusión que descubrió Leopold Auenbrugger (1722-1809).

Gaspard Laurent Bayle (1774-1816), lo hizo minuciosamente con el tema de la tuberculosis pulmonar escuchando y percutiendo el tórax de sus enfermos.

René Théophile Hyacinthe Laennec (1781-18269), creó el estetoscopio o fonendoscopio. Creía que el diagnóstico tenía que ser a través de los signos físicos. Se basó en la exploración y el uso de los sentidos, sobre todo el oído y la percusión.

¹⁸ Abreu. Op. cit. pág.15.



De 1830 a 1840, se produjo un nuevo hecho de enorme importancia: la aparición del análisis clínico. Richard Bright (1789-1858), relacionó la albúmina de la orina con las lesiones anatómo-patológicas de los riñones. Así comienzan los signos físicos del análisis clínico.¹⁹

El siglo XIX en sus principios tuvo un predominio anatomoclínico. A mediados de este siglo, los progresos en fisiología por los trabajos de Miller, Magendie y sobre todo de Claudio Bernard, aportaron un concepto nuevo, que consideró al síntoma como un proceso fisiopatológico producido por la enfermedad.

Esta valoración desde el aspecto fisiopatológico, permitió descubrir otros síntomas obtenidos por métodos de exploración. Uno de los descubrimientos más valiosos fue la creación de termómetros para valorar la temperatura corporal.

Los descubrimientos de Pasteur y sobre todo por los de sus seguidores Koch y Klebs, proporcionaron un conocimiento claro de la etiología de muchos procesos patológicos. Poco después, en 1895 se descubrieron los rayos X.

Todas aquellas aportaciones ocasionaron que no solo se describiera la enfermedad, si no que, en conjunto se realizara un expediente clínico completo.

Los franceses en su deseo de guardar información crearon historias clínicas que incluían los datos personales del individuo desde el momento

¹⁹ Laín Entralgo, Pedro. El diagnóstico. 2a ed. Barcelona, Salvat, 1986. pp. 358-363.



del nacimiento. Estas historias clínicas son interesantes en cuanto a contenido, pero poco útil para ofrecer un servicio de salud.²⁰

1.1 Historia clínica

A lo largo del desarrollo de la Medicina y la Odontología, la historia clínica fue incorporando capítulos sucesivos. Actualmente la historia clínica es un documento que posee gran diversidad en cuanto a contenido, por ello tiene que ser práctica, útil y actual.

El viejo adagio árabe que dice: “preguntar bien es conocer mucho”, nos hace pensar que en la época actual es necesario efectuar un interrogatorio bien estructurado y preciso que permita recabar la información más útil de nuestros pacientes, con el fin de obtener un diagnóstico correcto, elaborar un plan de tratamiento adecuado y un pronóstico acertado.

Cualquier registro escrito que realiza el profesional de la medicina en ejercicio de su profesión, es de suma importancia clínica, ética y jurídico-administrativa, ya que en ello se harán constar los hechos y actos relativos a la atención médica y odontológica prestada a una persona determinada.

“Es la relación ordenada y detallada de los datos y conocimientos personales y familiares, tanto anteriores como actuales, relativos a un enfermo, que sirven para dar base a un juicio de su enfermedad actual”.²¹

²⁰ Abreu. Op. cit. pp.13-16.

²¹ Medrano MJ, Odontología legal Expediente Clínico-estomatológico, Odontología Actual, año 1, No. 10. pp. 52-56.



Para los odontólogos son importantes tanto el estado de salud en general como el estado de salud bucal de los pacientes, por lo que se debe efectuar una valoración de los mismos que permita atender de manera profesional a los pacientes.

1.2 Función

Recolectar y Proporcionar datos del paciente, con la finalidad de conseguir información pertinente acerca de su estado de salud. Así mismo es un instrumento de diagnóstico.

1.3 Objetivos

Las historias clínicas nacieron con un objetivo fundamental, el cual era el de recolección de datos de los enfermos con la finalidad de conseguir una asistencia médica de la mejor calidad.

Tuvieron por tanto, un objetivo inicial: el asistencial. Posteriormente se han añadido otros objetivos no menos importantes. Los objetivos principales de las historias clínicas son:

1.3.1.- *Asistencial*: es el más importante y el primero que se asignó a las historias clínicas. De él obtenemos datos para la elaboración del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

1.3.2.- *Docente*: mediante el estudio de historias clínicas se puede conocer la forma de expresión de las enfermedades, así como las diferencias y coincidencias de unas con otras.



1.3.3.- Investigación: nos proporciona datos estadísticos de gran interés para elaborar estudios de investigación.

1.3.4.- Sanitarios y Epidemiológicos: nos permiten conocer las bases epidemiológicas de numerosos procesos patológicos; por lo tanto, nos proporciona datos suficientes para adoptar decisiones sanitarias.

1.3.5.- Administrativo: este objetivo proporciona datos para la administración de recursos financieros y humanos.

1.3.6.- Control de calidad: es una manera rápida para conocer el nivel de atención en una institución o del mismo profesional. Ésto se obtiene por medio de selección de historias clínicas al azar, para conocer la eficacia en el diagnóstico y tratamiento empleado.²²

1.4 Bases legales

El 30 de septiembre de 1999 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1998, *Del Expediente Clínico*, de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud.²³

Dicha norma establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico; además de ser de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorios para los prestadores de servicio

²² Garrido, Op. cit. pág. 75 y 76.

²³ Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, "Del Expediente Clínico", *Diario Oficial de la Federación*, 30 de septiembre de 1999.



de atención médica de los sectores público, social y privado, incluyendo los consultorios.

El concepto del expediente clínico según la NOM, es “el conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias”.²⁴

El expediente clínico se rige bajo la norma NOM-168-SSA1-1998, que en su numeral 6.1, expresa que el expediente clínico deberá contar con historia clínica que contenga:

- Interrogatorio
- Exploración física
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Tratamientos e indicaciones
- Notas de evolución

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

²⁴ NOM-168-SSA1-1998



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

- a. Historia clínica que contenga historia personal y familiar de antecedentes patológicos y no patológicos*
- b. Padecimiento actual*
- c. Odontograma*
- d. Diagnóstico y tratamiento*
- e. Informes de estudios de gabinete y laboratorio en caso de que se requiera*
- f. Notas de evolución.²⁵*

Es de suma importancia realizar una adecuada elaboración, integración, uso y archivo de la historia clínica, apegados a las normas oficiales con el fin de mejorar la calidad de los datos disponibles del paciente, con el objetivo de realizar un diagnóstico acertado y por lo tanto, un tratamiento adecuado.

²⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, "Para la prevención y control de enfermedades bucales", *Diario Oficial de la Federación*, 1º de junio de 1995.



2. HISTORIA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA

Al igual que cualquier rama de la Odontología, la práctica de la Odontopediatría debe registrarse de una forma sencilla pero fundamental. Dado que en Odontopediatría existen preguntas específicas en relación a niños y adolescentes, la historia clínica que empleemos debe ser exclusivamente de esta rama y no sustituirla por historias clínicas de otras áreas de la Odontología.

La historia clínica establece un primer contacto del odontólogo con el niño y debe considerarse como una sesión de valoración entre ambos.

La historia clínica debe ser completa, de tal modo que nos permita conocer al paciente en los aspectos: social, médico, dental,²⁶ del crecimiento y desarrollo del niño,²⁷ así como promover la salud futura del paciente.

Por otra parte, la historia clínica facilita el diagnóstico de muchas alteraciones incluso antes de la exploración clínica.

El Odontopediatra tiene la oportunidad de ver periódicamente a sus pacientes, por lo que, a menudo es el primero en detectar trastornos y anomalías significativos.

²⁶ Boj J.R., Catalá M., García B.C., Mendoza A. Odontopediatría, Barcelona, España, Masson, S.A., 2004, pág. 7.

²⁷ Camerón A., Zinder R. Manual de Odontología Pediátrica. 1ra ed, Ediciones Harcourt, S.A. Madrid, España, 2002. pág. 13.



Existen dos variables que condicionan la historia clínica y la exploración en Odontopediatría, que son la comunicación y la cooperación del paciente.²⁸

Ambas están íntimamente relacionadas con la edad y el grado de desarrollo alcanzado por éste, pero en las que influyen otros factores tales como las experiencias previas, propias de su entorno familiar y social.

Estas dos variables actúan dentro del triángulo de atención padres-niño-odontólogo (Fig. 9), favoreciendo o limitando la relación directa del niño con el cirujano dentista. La historia clínica precede a la exploración y en niños pequeños generalmente la relata un intermediario (los padres). La entrevista con los padres permite al odontólogo valorar la relación padre-niño y la respuesta de éste al ambiente dental.



Figura 9. Triángulo de atención odontológica²⁹

²⁸ Barbería L. E. Odontopediatría. ED. Masson. S. A. Barcelona, España, 1995, pág. 1.

²⁹ Boj. Op cit. pág. 7.



Es importante mencionar que en el interrogatorio se debe escuchar y observar. Cabe mencionar que hay que cuidar el lenguaje que se utilice tanto con el paciente como con los padres o tutor, ya que debe ser claro, conciso y gentil.

Los apartados de la historia clínica en Odontopediatría deberán ser registrados con letra clara y de molde.

2.1 Estructura de la historia clínica

Según la NOM-168-SSA-1998 del expediente clínico, en su numeral 6.1 deberá contar con historia clínica odontopediátrica que contenga:

- Interrogatorio
- Exploración física
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Tratamientos e indicaciones
- Notas de evolución³⁰

Dicha norma se ajustara a lo previsto en el numeral 8.3.4 de la NOM-013-SSA2-1994

- Historia clínica que contenga historia personal y familiar de antecedentes patológicos y no patológicos
- Padecimiento actual
- Odontograma

³⁰ NOM-168-SSA1-1998.



- Diagnóstico y tratamiento
- Informes de estudios de gabinete y laboratorio en caso de que se requiera
- Notas de evolución

8.3.5 En el diagnóstico clínico de las enfermedades bucales se puede incluir el análisis biológico-social de acuerdo con los siguientes criterios:

8.3.5.1 Menores de 5 años

- Nivel socio-económico
- Accesibilidad a los servicios de salud
- Hábitos de higiene
- Hábitos bucales
- Características de la alimentación
- Uso y abuso del biberón

8.3.5.2 Población escolar

- Nivel socio-económico
- Escolaridad
- Accesibilidad a los servicios de salud
- Hábitos de higiene
- Características de la alimentación
- Cronología de la erupción.³¹

³¹ NOM-013-SSA2-1994.



2.1.1 Ficha de identificación

- El nombre del paciente deberá ser anotado iniciando con el apellido paterno, materno y nombre o nombres así como, el diminutivo del paciente.
- La edad del paciente se registra con años y meses cumplidos.
- El género masculino o femenino marcado con una X en el recuadro, según corresponda.
- Lugar de nacimiento iniciando con el estado de la República, continuando con la ciudad, día, mes y año.
- Se registra si el paciente es derechohabiente de alguna institución o privado.
- Domicilio anotando número exterior e interior, colonia, estado de la República, municipio y delegación de la residencia actual.
- Número telefónico del domicilio.
- Nombre y teléfono del médico pediatra familiar para cualquier interconsulta en caso de pacientes con enfermedad sistémica.
- La fecha de última consulta médica o dental anexando el nombre del cirujano dentista que la realizó.

2.1.2 Antecedentes patológicos

- Hereditarios. Deberán registrarse aquellas enfermedades de importancia que hayan padecido o padezcan los familiares en línea directa con el paciente.
- Personales. Permite valorar el desarrollo integral del niño, ya que contempla su proceso evolutivo.



2.1.3 Antecedentes personales no patológicos

- Se registra principalmente el aspecto higiénico del paciente.
- Se pregunta a él o a los padres (esto depende de la edad y el grado de desarrollo del niño) el número de veces que se lava los dientes.
- Si utiliza cepillo, hilo dental o enjuague.
- Grupo sanguíneo
- Si cuenta con cartilla de vacunación.
- Es necesario saber si ha sido hospitalizado fecha y causa de dicha hospitalización.

2.1.4 Padecimiento actual

- Se deberá anotar lo que el paciente, padre, madre o tutor refiere en el momento de la consulta.
- El motivo de consulta.

2.1.5 Interrogatorio por aparatos y sistemas

- Se le hace saber a los padres o tutor la importancia de este punto por la terapéutica que se va emplear en el niño, sin omitir ningún dato importante y por insignificante que parezca, deben de ser tomados en cuenta para el tratamiento odontológico. Se registra cualquier patología o alteración en el funcionamiento de algún aparato o sistema.

2.1.6 Exploración física

En este apartado se registra:

- Peso
- Talla



- Complejón
- Facies
- Movimientos anormales
- Tipo de marcha
- Actitud del paciente
- Signos vitales como: frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura
- Exploración de cabeza y cuello
- Forma de cráneo y su clasificación (dolicocefálico, mesocefálico y braquicefálico)
- Determinar perfil del paciente
- Color y textura de la piel, ya que puede ser un indicio de enfermedad
- Exploración de los músculos de la masticación
- Palpación de las cadenas ganglionares

2.1.7 Exploración del aparato estomatognático

- Se examina la articulación temporomandibular
- Se examinan tejidos blandos, si presentan lesiones, el número de éstas, tamaño, color, base, consistencia, sintomatología, probable etiología, tiempo de evolución
- Si ha recibido tratamientos previos
- Análisis de oclusión anotando el tipo de plano terminal o clase de Angle, sobremordida vertical u horizontal, características de la línea media o la presencia de cualquier tipo de maloclusión
- El índice de higiene bucal, se realiza registrando en el odontograma las superficies que presentan placa dentobacteriana, para obtener el índice en porcentaje.



2.1.8 Odontograma diagnóstico

Se marcará con una línea diagonal de color azul para los dientes presentes. Se iluminan con color rojo las superficies dentales que presenten lesiones causadas por caries o dientes obturados con recidiva de caries y con color azul las obturaciones o restauraciones protésicas. Un triángulo rojo para los dientes ausentes por causa congénita, un triángulo azul para los dientes ausentes por extracción o exfoliación y un cuadro rojo para los dientes sin erupcionar debido algún retraso de erupción.

2.1.9 Interpretación radiográfica

Se registran todas aquellas evidencias que sean indicativas de posibles patologías.

2.1.10 Estudios de laboratorio y gabinete

Se anotan los estudios que sean necesarios, justificados y que hay que realizar al paciente en relación con el diagnóstico que se quiere confirmar o descartar.

2.1.11 Firmas

Deberá registrar en primer término la firma de los padres, tutor o representante legal sobre la veracidad de los datos aportados así como la firma del odontólogo tratante.

2.1.12 Diagnóstico

Se anotará el diagnóstico con letra clara, con terminología médica y con base a los auxiliares de diagnóstico para su confirmación y de común acuerdo con los padres, familiar o representante legal.



2.1.13 Plan de tratamiento

Se anotará el o los tratamientos que se van a realizar con la respectiva firma de los padres, familiar o tutor legal, manifestando su conformidad con el plan de tratamiento propuesto.

2.1.14 Ruta clínica

Se anotarán en forma secuencial la fecha, la cita y el tratamiento que se va a realizar por parte del profesional.

2.1.15 Tratamientos realizados

Se anotará en forma breve el tratamiento realizado en cada una de las citas recabando la firma de los padres, familiar o tutor legal del paciente, manifestando la conformidad del tratamiento.³²

³² Medrano. Op cit. pp. 35-39.



3. EVOLUCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM

3.1 Historia clínica del año 1962

El primer registro que se tiene de la primera historia clínica de Odontopediatría en la Facultad de Odontología de la UNAM, data aproximadamente del año 1962 la cual, hace referencia el Mtro. Víctor Manuel Díaz Michelle que “era utilizada en licenciatura para la materia de Odontología Infantil”,³³ fecha en que la asignatura se incluyó oficialmente en el programa de estudios en licenciatura.³⁴ Posteriormente se utilizó en la primera generación de la Especialidad de Odontopediatría que surgió en el año 1972.

Se desconoce el origen y fecha en que surgió dicha historia clínica,^{35,36} pero estuvo vigente aproximadamente de 1962 a 1976, es decir 14 años se trabajó con esta historia en el área de Odontopediatría en la Facultad de Odontología de la UNAM.

Los posibles parámetros en los que se basaron para desarrollar esta historia fueron “patologías familiares e individuales del paciente, como

³³ Entrevista con el Mtro. Víctor Manuel Díaz Michelle, 18 de marzo de 2009, Facultad de Odontología, UNAM.

³⁴ Entrevista con la C.D Dora Liz Vera Serna, 18 de marzo de 2009, Facultad de Odontología, UNAM.

³⁵ Entrevista con la C.D. Ángeles Mondragón de Valle, 17 de marzo de 2009, Facultad de Odontología, UNAM.

³⁶ Entrevista con el Mtro. Víctor Manuel Díaz Michelle, cit.



elaborar el odontograma, registrar los procesos cariosos y registrar el avance de los tratamientos”³⁷.

A continuación se describirá dicha historia clínica.

La historia clínica de aquel tiempo, constaba de cuatro hojas y se estructuraba de la siguiente manera:

I Información General

II. Tejidos Blandos

III. Exámen Dental

IV: Hábitos

V. Ortodoncia Preventiva o Interceptiva

En la hoja número uno se observa en la parte superior izquierda del documento, el escudo de la Universidad, en el centro Facultad de Odontología, División de Estudios de Posgrado y por último Clínica Infantil.

I. Información General.

Brevemente encontramos algunos datos personales del paciente: como nombre, diminutivo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, dirección, teléfono, grado escolar, padre o acompañante, nombre del alumno, fecha de examen (1er, 2do, 3er examen).

³⁷ Entrevista con la C.D Rossina Pineda y Gómez Ayala, 20 de marzo de 2009, Facultad de Odontología, UNAM.



Específicamente pregunta al padre: si su hijo gozaba de buena salud, si el niño se había sometido a tratamientos médicos previos, el motivo, si había estado hospitalizado, si tomaba algún medicamento, cuáles eran éstos, si había tenido algún trastorno nervioso, mental o emocional, alergias, enfermedades propias de la infancia, a qué edad se presentaron, si había presentado hemorragias excesivas en operaciones o accidentes, si tenía dificultades en la escuela, antecedentes familiares, patológicos y no patológicos (este punto se llenaba a mano), motivo de la consulta, si había sido recomendado, experiencias odontológicas previas, actitud inicial del niño, recomendado por y observaciones.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
CLINICA INFANTIL

I.- Información General

Nombre:	Diminutivo	Edad
Marcos Yadra, <i>Urtilla Ordoñez</i>		9 años
Fecha de nac.	Lugar de nac.	Dirección
7-11-68	Cuatlan, Chiapas	A. 966to. Sur. #13 Cuatlan, Chiapas
Teléfono	Grado Escolar	Padre o acompañante
2-0-8-82	5º Gr.	Marta Elena Ordoñez de Urtilla
Nombre del alumno	Fecha de examen	Luz.Rx. 280.Rx. 300.Rx.

Señale una de las casillas

1.- ¿ Goza su hijo de buena salud ? Si () No (X)

2.- ¿ Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida ? (X) ()
¿ Por qué motivo ? *lesión de la cadera, padecimiento de la columna*

3.- ¿ Ha estado hospitalizado ? (X) ()

4.- ¿ Es alérgico a algún alimento o medicamento ? (X) ()
¿ A cuáles ? *A la Soledad*

5.- ¿ Toma su hijo algún medicamento actualmente ? () (X)

6.- ¿ Ha tenido trastornos nerviosos mentales o emocionales ? () ()
¿ Qué trastornos ?

7.- Señale con una cruz la casilla correspondiente si su hijo ha padecido alguna de las enfermedades siguientes:

Asma	Edad	Sarampión	Edad	Fiebre tifoidea	Edad
Paladar hendido		Toxofobia		Fiebre reumática	
Epilepsia		Varicela		Tuberculosis	
Inf. Cardíaca		Escarlatina		Fiebre eruptiva	
Hepatitis		Difteria		Otras:	
Inf. Renal		Tifoides			
Trastorno Hepá- tipo		Sopores			
Trastornos del lenguaje		Poliomielitis			

8.- ¿ Ha presentado su hijo hemorragias excesivas en operaciones o en accidentes ? () (X)

9.- ¿ Tiene dificultades en la Escuela ? () (X)

10.- Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos: *Antecedentes de epilepsia y padecimiento de la columna*

11.- Motivo de la consulta: *Lesión de la cadera*

12.- Recomendado por: *Dr. Rafael El Espinosa* Odontólogo () (X)

13.- Observaciones: *Actitud del niño hacia el Odontólogo favorable - Recomendable*



II. Tejidos Blandos

En este punto se encuentran escritos: labios, mucosa bucal, paladar, velo del paladar, amígdalas, tejido gingival, lengua, piso de boca, glándulas salivales, ganglios y observaciones. El llenado se hacia anotando los hallazgos sobre una línea al lado de cada estructura.

II.- Tejidos blandos.	
Labios	NORMAL
Mucosa bucal	NORMAL
Paladar	NORMAL
Velum del paladar	NORMAL
Amígdalas	NORMAL
Tejido Gingival	NORMAL
Lengua	NORMAL
Piso Boca	NORMAL
Glándulas salivales	NORMAL
Ganglios	NORMAL
Observaciones:	

III. Examen Dental

Se dividía en higiene oral, donde se pregunta método y frecuencia, dientes, faltantes, ausencia congénita, anomalías (forma, tamaño, color, número, posición y textura) fracturas y observaciones. El siguiente punto es oclusión del paciente neutroclusión, distocclusión, mesiocclusión, sobremordida, apiñamiento anterior, mordida abierta, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior y observaciones.

III.- EXAMEN DENTAL.			
Higiene Oral:	Buena	Regular	Mala
Métodos y frecuencia	BUENA FRECUENTE	INSUFICIENTE	
Dientes:			
Faltantes	ausencia congénita	Anomalías de	
Forma	Tamaño	Color	Número Posición
Textura			
Observaciones:	Fracturas		
OCCLUSION:			
Neutroclusión	Mordida abierta		
Distocclusión	Mordida cruzada anterior		
Mesiocclusión	Mordida cruzada posterior		
Sobremordida	Observaciones:		
Apiñamiento anterior			



IV. Hábitos

Menciona: la succión del pulgar, de otros dedos, morder labios, respirador bucal, protrusión de la lengua, otros y anotaciones.

IV.- HABITOS.			
Succión del pulgar	()	Protrusión de lengua	()
Otros dedos	()	Otros	_____
Morder labios	()	Anotaciones:	_____
Respirador bucal	()		_____

V. Ortodoncia Preventiva y/o Interceptiva (sic)

Se llenaba a mano: el estado actual del problema, análisis de dentición mixta, diagnóstico, plan de tratamiento, premedicación, dosis y observaciones.

II.- Tejidos Blandos.			
Sabios	_____	Lengua	_____
Mucosa bucal	_____	Fisio Boca	_____
Paladar	_____	Ciudadías palatales	_____
Vaino del paladar	_____	Gargantas	_____
Amígdalas	_____	Observaciones:	_____
Tejido Gingival	_____		
III.- EXAMEN DENTAL.			
Higiene Oral:	Buena	Regular	Mala
Métodos y frecuencia	_____	_____	_____
Dientes:	_____		
Faltantes:	ausencia congénita	_____	Anomalías de
Forma	Tamaño	Color	Número
Textura	Posición		
Observaciones:	Fracturas		
OCCLUSION:			
Neutroclusión	_____	Mordida abierta	_____
Distroclusión	_____	Mordida cruzada anterior	_____
Masoclusión	_____	Mordida cruzada posterior	_____
Sobremordida	_____	Observaciones:	_____
Apilamiento anterior	_____		
IV.- HABITOS.			
Succión del pulgar	()	Protrusión de lengua	()
Otros dedos	()	Otros	_____
Morder labios	()	Anotaciones:	_____
Respirador bucal	()		_____
V.- ORTODONCIA PREVENTIVA y/o INTERCEPTIVA			
Edo. actual del problema:	Diagnóstico		

Análisis de dentición mixta:	Plan de tratamiento:		

Premedicación:			
Drugs	Dosis		
Observaciones	_____		



Es importante mencionar que esta historia clínica no manejaba Consentimiento Informado, “ya que no se tenía noción de dicho documento y no se pedía la firma del padre o tutor en ningún apartado de la historia clínica”.^{39, 40}

3.2 Historia clínica del año 1976

De 1988 a 1972, el Mtro. Ángel Kameta Takizawa cursó sus estudios de licenciatura de la carrera de Odontología en la UNAM y posteriormente realizó la especialidad de Odontopediatría de 1972 a 1975 en la Universidad de Tokio, Japón.

En 1976 después de concluir su especialidad, el Mtro. Ángel Kameta llegó a México para iniciar su labor como docente en la División de Estudios de Posgrado de la UNAM como coordinador de la especialidad de Odontopediatría e introdujo una nueva historia clínica a la especialidad, la cual se utilizaba en la Universidad de Tokio, Japón.

Dicha historia consistía en 3 apartados:

- Apartado de color rojo correspondía a la historia clínica de la higienista
- Apartado de color verde a la dietista
- Apartado de color azul a la dental

³⁹ Entrevista con la C.D. Ángeles Mondragón del Valle. cit.

⁴⁰ Entrevista con el Mtro. Víctor Manuel Díaz Michelle. cit.



Sin embargo el Mtro. Ángel Kameta señala que “únicamente se introdujo el apartado de dental a la especialidad, debido a que en México no existían higienistas ni dietistas que manejaran los demás apartados”.⁴¹

La adaptación que se realizó a esta nueva historia clínica fue la traducción del inglés a español.⁴²

Lo primordial de esta historia clínica según el Mtro, Ángel Kameta es “que se centra en el problema del paciente; es decir le da prioridad al examen dental del niño”.⁴³

Es de importancia señalar que ésta tiene un manual que describe el llenado de la misma; se puede considerar que este manual fue innovador (ya que no se sabe si la historia clínica anterior contaba con registros de instrucciones para su llenado).

La historia clínica se estructuraba de la siguiente manera:

Información General

La historia clínica de 1976 contenía al igual que la de 1962 datos importantes como: nombre, diminutivo del niño, fecha, edad, fecha y lugar de nacimiento, domicilio, teléfono, grado escolar y motivo de la consulta.

⁴¹ Entrevista con el Mtro. Ángel Kameta Takizawa, 17 de febrero del 2009. Facultad de Odontología, UNAM.

⁴² Entrevista con la C.D. Dora Liz Vera Serna, cit.

⁴³ Entrevista con el Mtro. Ángel Kameta Takizawa, cit.

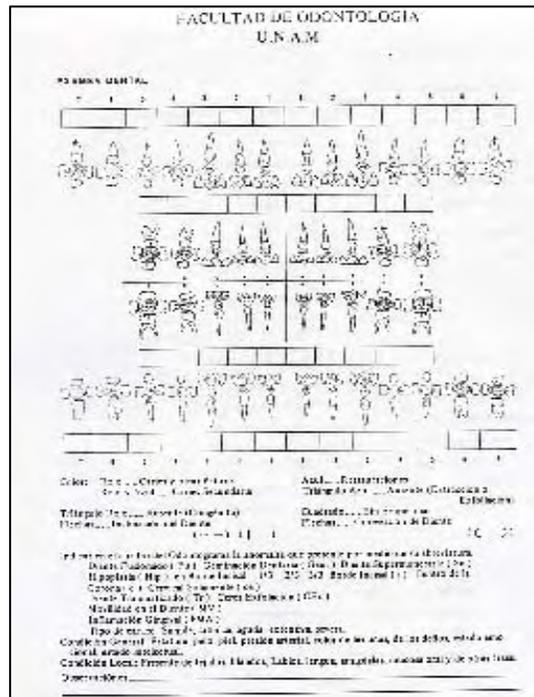


Los datos que esta nueva historia clínica (1976) incluyen a la “Información General” son: nombre de la escuela, nombre del padre, su ocupación, domicilio y teléfono del trabajo, nombre de la madre, su ocupación, nombre del pediatra o médico familiar, nombre de los hermanos o hermanas y sus edades, así como el nombre del acompañante o responsable del tratamiento.

Historia Clínica Médica

Comienza con la fecha de la última visita del niño al médico, la razón de ésta, si había tenido intervenciones quirúrgicas, medicamentos que tomaba regularmente, problemas en el embarazo y /o perinatales (sic), si había padecido alguna enfermedad de acuerdo al listado y edad de aparición, si había presentado hemorragias excesivas, dificultades en la escuela, antecedentes familiares, patológicos y no patológicos, así como observaciones.

Debemos tomar en cuenta que la historia clínica de 1962 incluía algunos de los puntos mencionados pero anexados a la “Información General” además de la actitud del paciente, experiencia odontológica del niño y por quién era recomendado a diferencia de la historia clínica que aportó el Mtro. Ángel Kameta en el cual estos puntos no son mencionados.



Oclusión y Alineamiento

En comparación a la historia clínica anterior (de 1962), se agregaron a este apartado: línea media, espacios primates, planos terminales, diastemas y traslape horizontal. Ambas historias pero con terminología diferente mencionan mordida cruzada, mal posición dentaria, clase de Angle y mordida abierta.

Hábitos Perniciosos

Ambas historias clínicas coinciden en los puntos: succión del dedo pulgar, morderse el labio, respirador bucal, protusión de la lengua y otros. En esta historia clínica el único punto novedoso fue el de mordedura de uñas.



Erupción y Dentición

Éste es un apartado nuevo que no estaba contemplado en la historia clínica anterior. Los puntos que se mencionaban son: secuencia anormal, pérdida prematura, retención prolongada, erupción retardada falta de contacto proximal, mal posición dentaria y otras anomalías.

OCCLUSIÓN Y ALINEAMIENTO					
1. Oclusión	Normal	Distorsión	2. Oclusión	3. Vértice	4. Oclusión
		120°	Tercario	2. Mesio	3. Dental
1. Oclusión Frontal	Si	No	4. Ángulo	1. 1, 2	11
2. Oclusión Lateral	Si	No	3. Sinus Bordada	1	No
3. Tipo postoclusiva	11	No	5. Máxila Anteri	1	No
4. Protrusión Dental	11	No	11. Buzos	1	No
ANÁLISIS DE CICLOS					
1. Inicio de ciclo	1	2	11. Próximo al inicio		
2. Inicio de ciclo	1	2	12. Próximo al inicio		
3. Inicio de ciclo	1	2	13. Próximo al inicio		
ERUPCIÓN Y DENTICIÓN					
1. Erupción Anormal				14	No
2. Erupción Normal				15	No
3. Erupción Retardada				16	No
4. Erupción Anterior				17	No
5. Erupción Posterior				18	No
6. Erupción Anormal				19	No
7. Erupción Normal				20	No
8. Erupción Retardada				21	No
9. Erupción Anterior				22	No
10. Erupción Posterior				23	No
Total Dental					
CONDICIÓN DENTAL GENERAL Y LOCAL					
Higiene dental	Buena	Regular	Mala	Falta	Sin
Localización	Supragingival	Subgingival			
Cantidad	Poco	Mucho		Normal	
Calcificación	Buena	Regular	Mala (Dentinogénesis imperfecta)		

Condición Dental General y Local

Se refiere a higiene dental (buena, mala o regular), su localización supragingival o subgingival, la cantidad que se observa, la calcificación y la presencia de hipoplasias y dentinogénesis imperfecta. Este punto no se contempla en la historia clínica anterior.



Plan de tratamiento

Sobre higiene bucal se habla: del punto problema, método de instrucción y número de veces, de igual forma para la dieta. Se observa un segundo odontograma con la finalidad de colocar el tratamiento a realizar en los dientes según sea el caso, a un lado se encuentra el orden de tratamiento y número de citas, métodos de prevención, examen periódico y cuidados en el hogar.

El Mtro. Ángel Kameta menciona “este apartado es un resumen de la historia clínica de la higienista y dietista que utilizaba en la Universidad de Tokio, Japón”.⁴⁴

The image shows a handwritten dental treatment plan form titled "PLAN DE TRATAMIENTO". The form is organized into several sections:

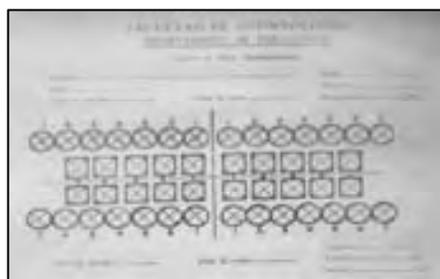
- Patient Information:** Includes fields for "Nombre" (Name), "Edad" (Age), "Sexo" (Sex), "Profesión" (Profession), "Dirección" (Address), and "Teléfono" (Phone).
- Dental Examination:** A section for recording dental findings, with columns for "Diente" (Tooth), "Estado" (Status), and "Tratamiento" (Treatment).
- Treatment Schedule:** A grid with columns for "Orden de Tratamiento" (Order of Treatment) and "Número de Citas" (Number of Visits). The grid contains handwritten numbers indicating the sequence and frequency of treatments for various teeth.
- Prevention and Care:** A section for "Métodos de Prevención" (Prevention Methods), "Examen Periódico" (Periodic Examination), and "Cuidados en el hogar" (Home Care).
- Signature and Stamp:** A large circular stamp is visible in the bottom right corner, and there is a line for a signature.

⁴⁴ Entrevista con el Mtro. Ángel Kameta Takizawa, cit.

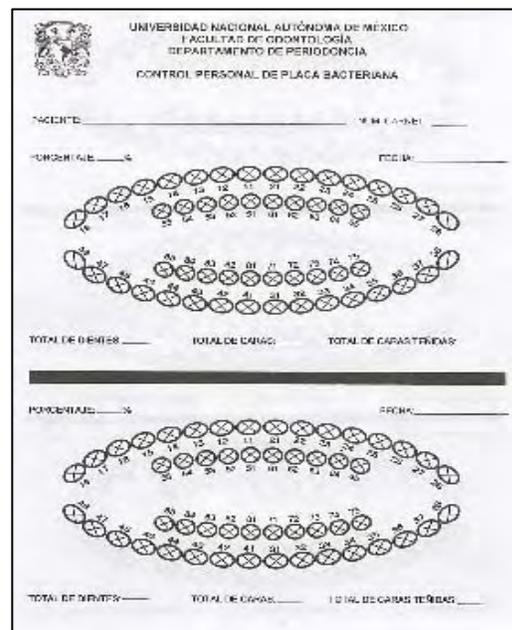


En 1977, la Mtra. María Hirose López y el C.D. Gilberto Sing modificaron para su tema de tesis, la hoja de control personal de placa utilizada en el departamento de Periodoncia para el registro en pacientes pediátricos. Los cambios que realizaron fueron incluir la dentición temporal representada por cuadrados a diferencia de la dentición permanente representada en círculos, además añadieron el porcentaje de las caras pigmentadas. Posteriormente el Dr. Filiberto Enríquez tutor de ambos, les pidió dicha hoja para poderla incorporar al Departamento de Periodoncia.

Más tarde llegó a la coordinación de Periodoncia la Dra. Paulin, quien modificó la hoja de control de placa, incluyendo únicamente la arcada para la dentición permanente. La Mtra. Hirose pidió entonces, que se anexara la arcada de dentición temporal, debido a que en Odontopediatría se maneja primera, segunda y dentición mixta.^{45,46}



HOJA DE EVOLUCION		
FECHA	DENTICION	NOTAS



⁴⁵ Entrevista con la C.D. Rossina Pineda y Gómez Ayala, cit.

⁴⁶ Entrevista con la Mtra. María Hirose López, 11 de marzo del 2009, Facultad de Odontología, UNAM.



La vigencia de esta historia clínica en licenciatura duró 30 años, pero actualmente se sigue utilizando en la especialidad de Odontopediatría.

3.3 Historia clínica vigente desde 2006

Debido a que las necesidades actuales de salud bucal, así como los requerimientos jurídicoadministrativos no son los mismos que hace 30 años, surgió la necesidad de realizar una historia clínica que cubriera dichos aspectos.

En el año 2006 la historia clínica que se utilizó durante 30 años en la materia de Odontopediatría en la Facultad de Odontología, sufrió cambios significativos, ante la inquietud por parte de varios odontopediatras de la Facultad de Odontología para realizar una actualización a la misma.

La Mtra. María Hirose López coordinadora del Departamento de Odontopediatría en aquel tiempo, motivó a realizar cambios en la historia clínica, para lo cuál se dio a la tarea de “convocar a una junta a todos los profesores de Odontopediatría de 4º y 5º año. Propuso e invitó a cada uno a participar en la actualización de la historia clínica. Sugirió que cada profesor entregara a la Coordinación sus observaciones y propuestas tomando en cuenta la historia clínica anterior que introdujo el Mtro. Ángel Kameta”.⁴⁷

Al recibir pocas propuestas, la Mtra. María Hirose López convocó a otra junta a los profesores interesados y formó la comisión de trabajo para la actualización.

⁴⁷ Entrevista con la C.D. Blanca Estela Hernández Ramírez, 11 de marzo de 2009, Facultad de Odontología, UNAM.



Dicha comisión estaba a cargo de la Mtra. María Hirose López e integrada por el Mtro. Héctor Ortega Herrera, responsable de la Comisión de Análisis y Elaboración de la historia clínica de Odontopediatría, la C.D. Blanca Estela Hernández Ramírez, la C.D. Ángeles Mondragón del Valle, la C.D. Dora Liz Vera Serna, la C.D. Rosa Eugenia Vera Serna y la C.D. Margarita Becerril.⁴⁸

El proyecto comenzó a mediados de 2004 y tardó desde su idea, hasta su presentación, aproximadamente dos años. “Se presentó en junio de 2006 y se empezó a aplicar en agosto donde se seleccionó a grupos piloto principalmente de 5º año (ciclo escolar 2006-2007) y alumnos de Servicio Social”.⁴⁹

Los principales objetivos de esta nueva historia clínica son:

- Ser un documento completo para cubrir las necesidades de las nuevas generaciones
- Diseñado para la población estudiantil
- Documento de enseñanza aprendizaje para el alumno
- Enseñar y evaluar al alumno
- Que el alumno aplique ABP (Aprendizaje Basado en Problemas) para la solución de los problemas de los pacientes
- Generar alumnos responsables
- De uso dinámico y didáctico

⁴⁸ Entrevista con la Mtra. María Hirose López, cit.

⁴⁹ Entrevista con la C.D. Dora Liz Vera Serna, cit.



- Sirva para alumnos de 4º y 5º año
- Poder enterar a los padres de los tratamientos realizados por el alumno
- Obtener información epidemiológica
- Útil para la técnica a cuatro manos⁵⁰

“Como antecedente principal se basaron en la historia clínica que introdujo el Mtro. Ángel Kameta”⁵¹ y los parámetros que consideraron más importantes para la modificación de acuerdo a las necesidades fueron:

1. Riesgo a caries
2. Higiene
3. Adolescentes
4. Etapas menores de seis años (bebés)
5. Aspectos sociales y demográficos
6. Odontograma
7. Consentimiento Válidamente Informado

Podemos observar que algunos datos que se anexaron son número de expediente, nombre del alumno responsable y grupo.

1. Información General

Los datos que se anexaron a este apartado además, de los que contiene la historia clínica anterior son: sexo, “¿es la primera visita al dentista?”, si hubo experiencia odontológica anterior y describirla.

⁵⁰ Entrevista con la Mtra. María Hirose López, cit.

⁵¹ Entrevista con la C.D. Blanca Estela Hernández, cit.



2. Historia Clínica Médica e Interrogatorio por aparatos y sistemas

En este apartado sufre una gran modificación al agregar el punto de gestación que va de la concepción al nacimiento, etapa neonatal, peso y talla al nacer, enfermedades que presenta o presentó durante la infancia y adolescencia, si es alérgico algún medicamento o algún alimento, si tiene el esquema de vacunas completo, si presenta alguna discapacidad y un apartado especial para adolescentes en el que debe hacerse una breve descripción de sus hábitos, actitud y observaciones.⁵²

⁵² Entrevista con la C.D. Rosa Eugenia Vera Serna, 10 de marzo de 2009, Facultad de Odontología, UNAM



3. Antecedentes Heredofamiliares

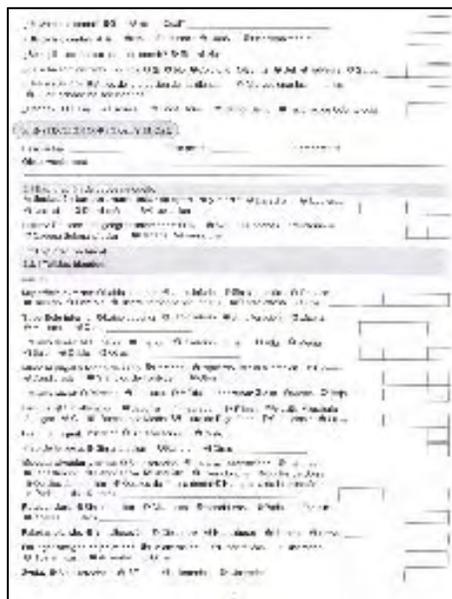
Al igual que la anterior historia clínica, se debe registrar si algún pariente cercano tiene o padeció alguna enfermedad que se pueda heredar por línea directa.

4. Antecedentes Personales

En esta historia clínica separan los antecedentes personales de los Heredofamiliares e integran los hábitos alimenticios del paciente y la higiene los cuales encaminan a determinar el riesgo a caries.

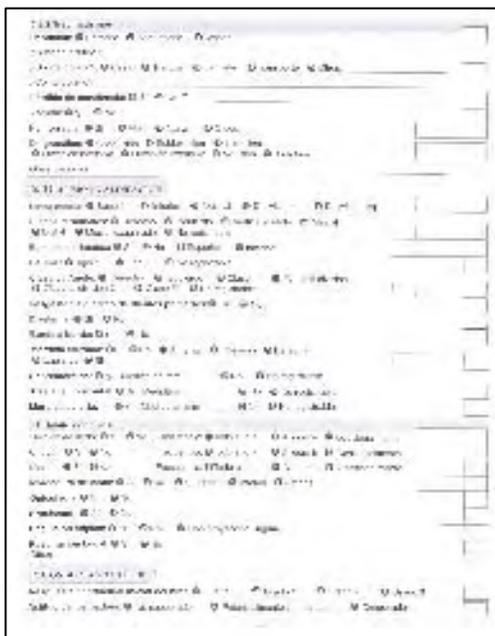
5. Inspección Corporal y Bucal

Se anota: peso actual, talla actual, temperatura y observaciones. Se comienza por tejidos blandos como labios, superficie interna y externa, frenillo labial, mucosa yugal y fondo de saco; frenillo bucal, lengua, frenillo lingual, piso de boca, mucosa alveolar y encía; paladar duro, paladar blando y faringe.





Dentro de este apartado hay un punto importante que se anexó: traumatismos, que corresponde a las principales urgencias en la consulta odontopediátrica. En dicho punto, se registra la dentición afectada (primera o segunda dentición), “¿cuándo ocurrió?, ¿dónde ocurrió? (casa, parque, escuela, transporte y otros), ¿cómo ocurrió?, si presentó pérdida de la conciencia, hemorragia y si vomitó; por último se coloca el diagnóstico complementado con radiografías de la zona.



6. Oclusión y Alineación

Además de los puntos mencionados en la historia clínica anterior de 1976, se añade: clasificación de Baume, desgaste fisiológico de dientes primarios, diastemas y mordida borde a borde. Dentro de hábitos nocivos, se incorpora succión de chupón, de labio, bruxismo y deglución atípica.



7. Conducta y Actitud

En ambos se valora la actitud del niño de acuerdo a la escala de Rud y Kisling. Se valora el triángulo de atención en Odontopediatría: se refiere a los padres. Estos puntos no están registrados en la historia clínica anterior.

8. Examen Dental

Para el odontograma se utilizó el de la historia clínica anterior, únicamente se modificó para utilizar solo uno, anotando en el mismo las patosis y el tratamiento a realizar en cada diente. Esta gran innovación de un solo odontograma es importante ya que permite colocar el estado de salud bucal como llega el paciente y sus posibles tratamientos de forma individual.

“Se modificaron las claves de lesiones y tratamientos para ser más universal”⁵³, se encuentra el orden de tratamiento y el esquema para diseñar y registrar los mantenedores de espacio como en la historia clínica anterior. Se sugiere el uso de la nomenclatura Zsigmondi-Palmer o el Internacional (FDI).



⁵³ Entrevista con la C.D. Rosa Eugenia Vera Serna, cit.



9. Riesgo a Caries

Este punto de la historia clínica es uno de los más importantes, ya que fue uno de los factores principales que motivaron a realizar dichas modificaciones.

La Mtra. María Hirose López realizó un viaje para estudiar en la Habana Cuba, donde tuvo la oportunidad de conocer nuevas tendencias en Educación para la Salud y le proporcionaron documentos que fundamentaban el Enfoque de riesgo desde su diagnóstico hasta el plan de tratamiento.

Además buscó nuevas propuestas como los modelos que se utilizaban en Estados Unidos el CAT y CAMBRA. Finalmente no solo empleó el modelo Cubano sino fue una mezcla de ambos países, dirigido a la población mexicana; es decir, realizó modificaciones para dicha población.⁵⁴

Posteriormente, la Mtra. María Hirose López invitó a la Dra. Maritza Sosa de la Habana Cuba a dar una conferencia a los profesores de Odontopediatría de la facultad de Odontología para ampliar el conocimiento del Enfoque de riesgo.

Este riesgo a caries nos permite cuantificar el riesgo individual y determinar las necesidades de atención de cada paciente.

La historia clínica contempla una serie de criterios, a los cuales se les otorga una puntuación positiva si están presentes y una negativa cuando

⁵⁴ Entrevista con la Mtra. María Hirose López, cit.



están ausentes. Estos criterios son cepillado dental, placa bacteriana, frecuencia en ingesta de azúcares o carbohidratos refinados, lesiones cariosas, foseetas y fisuras profundas, enfermedad gingival o periodontal, alteraciones del esmalte, aparatología de ortodoncia o mantenedores de espacio, obturaciones defectuosas o caries en padres o hermanos.

Por último, se realiza una suma algebraica; si la diferencia es menor a 0, se clasifica al paciente bajo riesgo y si es mayor a 0, se clasifica como alto riesgo. Es preciso puntualizar que el riesgo siempre está presente.

Para poder llenar esta apartado, se debe realizar un control personal de placa, utilizando el índice de O`Leary, el cual representa el porcentaje de las superficies pigmentadas, para ello se emplea la hoja de control personal de placa.



10. Diagnóstico

Se realiza en base al riesgo y se clasifica en sano, riesgo alto o riesgo bajo. Punto indispensable en cualquier historia clínica, ya que las anteriores no contaban con el mismo.

11. Acciones Preventivas según Riesgo a Caries

Estas acciones van dirigidas hacia los riesgos, aplicándolo selectivamente. Esto es de suma importancia para determinar la frecuencia de exámenes dentales, aplicaciones de fluoruro o selladores de foseas y fisuras.

12. Orden de Tratamiento

Se ordenan las citas, punto que abarcan las tres historias clínicas pero además en esta historia clínica se añade la firma del padre o tutor de enterado del tratamiento realizado. Este punto se encuentra incluido en la hoja de Examen Dental.

13. Autorización de Tratamientos

De igual forma las tres historias clínicas registran los distintos tratamientos realizados en cada sesión clínica.



The image shows a screenshot of a table with several columns and rows. The columns are labeled with headers, and the rows contain data. The table is mostly empty, with some faint text visible in the cells.

14. Evolución

Las tres historias describen detalladamente las acciones realizadas en cada sesión.

The image shows a screenshot of a table with several columns and rows. The columns are labeled with headers, and the rows contain data. The table is mostly empty, with some faint text visible in the cells.



15. Carta de Consentimiento Válidamente Informado

Después del llenado de la historia clínica es indispensable el llenado de la carta de consentimiento, previamente leído por los padres y recabando las firmas correspondientes. Ninguna de las dos historias clínicas anteriores incluía este documento.

Además de dichas modificaciones la comisión encargada realizó una guía para la elaboración de la historia clínica de Odontopediatría, dirigida a profesores y alumnos. Esta guía pretende ser una herramienta útil en la obtención, registro y uso de la información para el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico de los pacientes.⁵⁵

Es importante mencionar que la historia clínica ha seguido actualizándose, ya que a lo largo de dos años de emplearla, se ha modificado alrededor de 5 veces.⁵⁶

⁵⁵ Guía para la Elaboración de la Historia Clínica de Odontopediatría, pág. 1.

⁵⁶ Entrevista con la Mtra. María Hirose López, cit.



4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN

El consentimiento esclarecido o bien llamado consentimiento informado como se conoce mundialmente, tiene sus antecedentes históricos y su evolución a partir del Código de Nuremberg, a través del tribunal de Nuremberg, en el que jueces juzgaron a un grupo de médicos acusados de realizar experimentos caracterizados como barbaries en contra de la humanidad, cometidos en contra de los prisioneros de guerra en campos de concentración nazis durante la segunda Guerra Mundial. Se realizaban esos experimentos sin información ni consentimiento acerca de los riesgos que se aplicaban.

Tras algunos años en 1964, se promulgó en la Asamblea Médica Mundial la declaración de Helsinque. Consiste en un conjunto de reglas que orientan a los médicos en experimentos con seres humanos, y resalta la importancia del consentimiento voluntario dentro de los protocolos de estudio. La Declaración de Helsinque fue revista y modificada varias veces. En 1975 en la 29ª Asamblea Médica Mundial se agregó la Declaración de Helsinque en la investigación biomédica en seres humanos. Así que se consideran de valor universal los principios presentados tanto por el Código de Nuremberg, como por dicha declaración.

4.1 Importancia

El Consentimiento Informado, enfatiza la importancia de la ética en la práctica clínica, en consultorios e instituciones, así como su valor judicial. Convirtió la práctica odontológica en un proceso informativo y deliberativo.



Por ello, el paciente tiene el derecho de consentir o rehusar propuestas de carácter preventivo, diagnóstico o tratamiento terapéutico que afecte o vayan a afectar su integridad física, psíquica o social, tras el completo entendimiento y comprensión basados en valores y creencias personales. El profesional debe por lo tanto respetar la opción y legitimar su acción clínica.⁵⁷

La carta de consentimiento informado es un “Documento escrito de común acuerdo entre un paciente, su familia o su representante legal y el profesional de la salud mediante el cual se acepta, bajo debida información, los riesgos y beneficios esperados bajo un procedimiento médico-quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéutico y rehabilitación”.⁵⁸

Se deberá anotar el nombre del paciente, domicilio, edad, género, el padecimiento actual y el diagnóstico.

Posteriormente, se anotará en el documento el nombre del cirujano dentista o profesional tratante, quien deberá explicar al paciente, padres tutor legal (en caso de menores de edad) de los riesgos o beneficios durante el o los tratamientos por realizar, así como procedimientos alternos en caso de una emergencia.

Se podrá informar sobre la realización de los procedimientos con fines de diagnóstico: radiográficos, fotográficos, de laboratorio, histopatológicos, citológicos y de gabinete.

⁵⁷ López I.F.D., Aspectos legales y éticos del Consentimiento informado en la atención médica en México. Rev. Mex Patol Clin, 2001, pp 3-6.

⁵⁸ Medrano, Op cit. pág. 41



Es necesario colocar cédula profesional, fecha y hora, así como la firma del mismo.

También es de importancia mencionar que deberá existir un espacio para consentir o revocar el derecho al mismo antes de iniciar el acto médico y odontológico.

Finalmente, se recaban las firmas de los padres o tutor legal del paciente (en caso de ser menor de edad) en común acuerdo con lo señalado en dicho documento.

4.2 Normatividad

La *ley General de Salud*, en su título quinto, capítulo único (“Investigación para la Salud”), artículos 100 y 103,⁵⁹ afirma que:

Art. 100 (fracción IV). Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realiza la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para la salud.

Art. 103. En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista la posibilidad fundada de salvar la vida, reestablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, o del familiar más cercano.

⁵⁹ *Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.*



Por su parte, la norma NOM-168-SSAI-1998, en su numeral 10.1.1 a 10.1.1.3 referentes al expediente clínico establece:

Estas cartas se ajustaran a los requisitos establecidos en las disposiciones sanitarias; serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubiera otorgado y no obligará al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

Así mismo, el código civil, en sus artículos 1803 y 1812, menciona las obligaciones, en general, sobre consentimiento informado.⁶⁰

Art. 1803. El consentimiento puede ser expreso o tácito. Es expreso cuando se manifiesta verbalmente, por escrito o por signos inequívocos. El tácito resulta de los hechos o de los actos que lo presupongan o que autoricen a presumirlos, excepto en los caso en que la ley o por convenio la voluntad deba manifestarse expresamente.

Art. 1812. El consentimiento no es válido si ha sido dado por error, arrancado por violencia o sorprendido por dolo.

La carta de Consentimiento Válidamente Informado incluida en la historia clínica actual, nace por la necesidad de ajustarse a los requisitos actuales para el manejo del Expediente clínico.⁶¹

⁶⁰ Ley Federal de Metrología y Normalización, 1992.

⁶¹ Entrevista con la C.D. Dora Liz Vera Serna, cit.



CONCLUSIONES

1. Las historias clínicas de los años 1962 y 1976 fueron sin duda un eje para la formación e integración de los conocimientos, sin embargo, estas historias tenían como enfoque principal, el problema dental por el que el paciente llegaba.
2. La evolución de la historia clínica en Odontopediatría surge por la necesidad de integrar un expediente clínico más completo e individualizar al paciente pediátrico. Con la gran ventaja de facilitar el registro datos para la investigación.
3. Debido a que la Facultad de Odontología pertenece a una Institución, es importante que la historia clínica sea un documento de enseñanza-aprendizaje para el alumno y a su vez poder evaluarlo a partir e sus conocimientos.
4. Cualquier registro escrito por un profesional de la salud en ejercicio de su profesión, es de importancia clínica, ética y jurídico-administrativa.
5. La Carta de Consentimiento Válidamente Informado facilita la comprensión y autorización de los tratamientos por parte de los padres o tutores y constituye un documento insustituible para cualquier instancia legal.
6. Tanto la historia clínica como la Carta de Consentimiento Válidamente Informado deben ser un documento en un proceso de actualización constante de acuerdo a las necesidades de la población.



BIBLIOGRAFÍA

Abreu LM. Fundamentos del diagnóstico. México, D. F. Méndez Editores,
Primera reimpresión México, 1996, 799 pp.

Boj J.R., Catalá M. García B.C., Mendoza A., Odontopediatría, Barcelona,
España, Masson, S.A., 2004, 515 pp.

Cameron A, Zinder R. Manual de Odontología Pediátrica. 1ra ed, Ediciones
Harcourt, S.A. Madrid, España, 2002. 288 pp.

Entrevista con la C.D. Ángeles Mondragón, 17 de marzo de 2009, Facultad
de Odontología, UNAM.

Entrevista con la C.D. Blanca Estela Hernández, Ramírez, Facultad de
Odontología, UNAM.

Entrevista con la C.D. Dora Liz Vera Serna, 18 de marzo de 2009, Facultad
de Odontología, UNAM.

Entrevista con la C.D. Rosa Eugenia Vera Serna, 10 de marzo de 2009,
Facultad de Odontología, UNAM.

Entrevista con la C.D. Rossina Pineda y Gómez Ayala, 20 de marzo de 2009,
Facultad de Odontología, UNAM.

Entrevista con la Mtra. María Hirose López, Facultad de Odontología, UNAM.

Entrevista con el Mtro. Ángel Kameta Takizawa, 17 de febrero del 2009.
Facultad de Odontología, UNAM.



Entrevista con el Mtro. Víctor Manuel Díaz Michelle, 18 de marzo de 2009,
Facultad de Odontología, UNAM.

Garrido RB, Sánchez SJ, Puedo MV, Odontología legal y forense, Masson
España, 1994, 395 pp.

Hirose L.M., Ortega H.H., Hernández R. B. y cols. Guía para la Elaboración
de la Historia Clínica de Odontopediatría, 14 pp.

Knut H. Historia de la Medicina. Madrid, España, Ed. Corporativo
Intermedica, 1999, 294 pp.

Laín Entralgo, Pedro. El Diagnóstico. 2a ed. Barcelona, Salvat, 1986, 630 pp.

-----, Pedro. Historia de la Medicina. Barcelona, Salvat 1986, 722 pp.

Lerman S. Historia de la Odontología y su Ejercicio Legal. 3ª ed República de
Argentina, Buenos Aires. Impresora de Plata, 1974, 523 pp.

Ley Federal de Metrología y Normalización, 1992.

Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.

López I.F.D., Aspectos legales y éticos del Consentimiento informado en la
atención medica en México. Rev. Mex. Patol Clin, 2001, 204 pp.

Malvin ER. Historia Ilustrada de la Odontología. Barcelona, España. Mosby-
Doyman Libros, 2ª Reimpresión, 1995, 319 pp.



Medrano MJ, Odontología legal Expediente Clínico-Estomatológico,
Odontología Actual, año 1, No. 10, 208 pp.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, “Para la prevención y control
de enfermedades bucales”, *Diario Oficial de la Federación*, 1º de junio
de 1995.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, “Del Expediente Clínico”,
Diario Oficial de la Federación, 30 de septiembre de 1999.

Zimbrón LA, Feignold SM. Breve Historia de la Odontología en México.
México, Cuernavaca. Universidad Nacional Autónoma de México Centro
Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. 1990, 249 pp.

<http://images.google.com.mx/imgres?imgurl=http://lengua.laguia2000.com>



ANEXOS

Historia clínica de 1962

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
CLINICA INFANTIL

I.- Información General

Nombre: <u>Rafael Vadra Urbina Aguado</u>		Diminutivo	Edad: <u>9 años</u>
Fecha de Nac.: <u>7-11-53</u>	Lugar de Nac.: <u>Cuautla; Chiapas</u>	Dirección: <u>45 av. 8ta. Sur No. 115 Cuautla; Chiapas</u>	<small>Dirección de correspondencia (no en el caso de alumnos de la Facultad de Odontología)</small>
Teléfono: <u>2-0-5-92</u>	Grado Escolar: <u>5º Gr.</u>	Padre o acompañante	<u>Maestro Mario Elena Guadalupe de Urbina</u>
Nombre del alumno		Fecha de examen	1er. Ex. 2do. Ex. 3er. Ex.

Señale una de las casillas

1.- ¿Goza su hijo de buena salud? SI () NO (X)

2.- ¿Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida? SI (X) NO ()
¿Por qué motivo? Lesión de la cadera, padecimiento de osteomielitis

3.- ¿Ha estado hospitalizado? SI (X) NO ()

4.- ¿Es alérgico a algún alimento o medicamento?
¿A cuáles? A la Salsicilla SI (X) NO ()

5.- ¿Toma su hijo algún medicamento actualmente?
¿Qué clase de medicamento? SI () NO (X)

6.- ¿Ha tenido trastornos nerviosos mentales o emocionales?
¿Qué trastornos? SI () NO ()

7.- Señale con una cruz la casilla correspondiente si su hijo ha padecido alguna de las enfermedades siguientes:

	Edad		Edad		Edad
Asma	()	Sarampión	(X) <u>2 años</u>	Fiebre tifoidea	()
Paladar hendido	()	Tosferina	()	Tuberculosis	()
Epilepsia	()	Varicela	()	Fiebre Eruptiva	()
Enf. Cardíaca	()	Escarlatina	()	Otras:	()
Hepatitis	()	Difteria	()		
Enf. Renal	()	Tifoides	(X) <u>5 años</u>		
Trastorno Hepático	()	Papera	()		
		Poliomielitis	()		
Trastorno del lenguaje	()				

8.- ¿Ha presentado su hijo hemorragias excesivas en operaciones o en accidentes? SI () NO (X)

9.- ¿Tiene dificultades en la Escuela? SI () NO (X)

10.- Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos: Viruses Genaral en 2 períodos patológicos

11.- Motivo de la consulta: Malas relaciones de los dientes

12.- Recomendado por: Dra. Guadalupe R. Guadalupe Experiencias Odontológicas: SI () NO ()

13.- Observaciones: SI () NO ()
Acción del niño hacia el Odontólogo:
Favorable Desfavorable



II.- Tejidos Blandos.

Labios NORMAL Lengua NORMAL
 Mucosa bucal NORMAL Piso Boca NORMAL
 Paladar NORMAL Glándulas salivales NORMAL
 Velo del paladar NORMAL Ganglios NORMAL
 Amígdalas NORMAL Observaciones: _____
 Tejido Gingival NORMAL

III.- REGIMEN DENTAL.

Higiene Oral: Buena Regular Malo
 Métodos y frecuencia BUENA FRECUENTE
 Dietas: _____
 Falta de: ausencia congénita _____ Anomalías de _____
 Forma Tamaño Color Número Posición Posición
 Textura _____
 Observaciones: _____ Fracturas _____

OCLUSION:
 Neutroclusión _____ Mordida abierta _____
 Distocclusión _____ Mordida cruzada anterior _____
 Masocclusión _____ Mordida cruzada posterior _____
 Sobremordida _____ Observaciones: _____
 Apilamiento anterior _____

IV.- HABITOS.

Succión del pulgar () Protrusión de lengua ()
 Otros dedos () Otros _____
 Morder labios () Anotaciones: _____
 Respirador bucal () _____

V.- ORTODONCIA PREVENTIVA y/o INTERCEPTIVA

Edo. actual del problema: _____ Diagnóstico _____

 Análisis de dentición mixta: _____ Plan de tratamiento: _____

 Premedicación: _____
 Drogas _____ Dosis _____
 Observaciones _____



Historia clínica de 1976



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
U. N. A. M.
HISTORIA CLINICA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA

INFORMACION GENERAL

Nombre _____ (_____) Fecha _____
 Edad _____ Fecha y lugar de Nacimiento _____
 Domicilio _____ Tel. _____
 Escuela _____ Grado _____
 Padre _____ Ocupación _____
 Domicilio de trabajo _____ Tel. _____
 Madre _____ Ocupación _____
 Pediatra o médico familiar _____ Tel. _____
 Hermanos(as) Nombres y edades _____

 Acompañante o responsable del tratamiento _____
 Motivo de la consulta _____

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño(a) a su médico _____
 Razón _____
 Intervenciones quirúrgicas padecidas _____

 Medicamentos que toma regularmente _____
 Problemas en el embarazo y/o perinatales _____

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

	Edad		Edad		Edad
Asma	() _____	Sarampión	() _____	Febre reumática	() _____
Paladar hendido	() _____	Tosferia	() _____	Tuberculosis	() _____
Epilepsia	() _____	Variola	() _____	Fiebre eruptiva	() _____
Cardiopatías	() _____	Escarlatina	() _____	Otras:	_____
Hepatitis	() _____	Difteria	() _____	_____	_____
Enf. Renal	() _____	Tifoides	() _____	_____	_____
Enfermedad Hepática	() _____	Papras	() _____	_____	_____
Trastornos del lenguaje	() _____	Pohomelitis	() _____	_____	_____

Si No

¿Ha presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? () ()

¿Tiene dificultades en la Escuela? () ()

Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos _____

 Observaciones _____



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
U.N.A.M

EXAMEN DENTAL

7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7

- | | |
|--|--|
| Color: Rojo Caries y otras Patosis | Azul Restauraciones |
| Rojo y Azul Caries Secundaria | Triángulo Azul Ausente (Extracción o Exfoliación) |
| Triángulo Rojo Ausente (Congénito) | Cuadrado Sin Erupcionar |
| Flechas Inclinación del Diente | Flechas Giroversión de Diente |
| (- -) () | (()) |

Indicar en el cuadro del Odontograma la anomalía que presente por medio de su abreviatura.
 Diente Fusionado (Fu) Geminación Dentaria (Gem) Diente Supernumerario (Sn)
 Hipoplasia (Hip) en Borde Incisal 1/3 2/3 3/3 Borde Incisal (i) Centro de la Corona (e) Cervical Solamente (ce)
 Diente Traumatizado (Tr) Cerca Exfoliación (CEx)
 Movilidad en el Diente (MV)
 Inflamación Gingival (PMA)
 Tipo de caries: Simple, crónica, aguda, extensiva, severa.
 Condición General: Estatura, pelo, piel, presión arterial, color de las uñas, de los dedos, estado emocional, estado intelectual.
 Condición Local: Presente de tejidos blandos, Labios, lengua, amígdalas, mucosa oral y de otras áreas.
 Observaciones _____



OCLUSION Y ALINEAMIENTO

1) Línea Media	Normal	Desviado a		2) Planos Terminales	1) Vertical		3) Distal
		Izq.	Der.		2) Mesial	4) Mesial Exagerado	
3) Espacios Primates	Si	No		4) Angle	I	II 1, 2	III
5) Mordida Cruzada	Si	No		6) Sobre Mordida		Si	No
7) Traslape Horizontal	Si	No		8) Mordida Abierta		Si	No
9) Malposición Dentaria	Si	No		10) Diastema		Si	No

HABITOS PERNICIOSOS

1) Succión de dedo	())	2) Profusión de lengua	())
3) Morderse el Labio	())	4) Morderse las Uñas	())
5) Respirador Bucal	())	6) Otro: _____		

ERUPCION Y DENTICION

1) Secuencia Anormal	_____	Si	No
2) Perda Prematura	_____	Si	No
3) Retencion Prolongada	_____	Si	No
4) Erupcion Retardada	_____	Si	No
5) Falta de Contacto Proximal	_____	Si	No
6) Malposición Dentaria	_____	Si	No
7) Otras Anormalidades	_____	Si	No

Fidat Dental

CONDICION DENTAL GENERAL Y LOCAL

Higiene Oral:	Buena	Regular	Pobre	Placa	Sarro
Localización:	Supragingival _____		Subgingival _____		
Cantidad:	Poca	Mediana		Abundante	
Calcificación:	Buena	Pobre	Hipoplasia, Dentinogenesis Imperfecta		



2.4 Infancia y Adolescencia

Presenta o ha presentado:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Edad	Presenta o ha presentado:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Edad
Reflujo				Hepatitis			
Padecimientos renales				VIH			
Cianosis al esfuerzo				Fiebres eruptivas ¿Cuáles?			
Fiebre reumática				Exantema súbito			
Hemorragias espontáneas				Escarlatina			
Diabetes				Varicela			
Trastornos del lenguaje				Sarampión			
Epilepsia				Rubéola			
Parotiditis				Mononucleosis infecciosa			
Difteria				Otros:			

- ¿Su hijo tiene diagnóstico de asma? Sí No
- ¿Actualmente está bajo tratamiento médico por alguna enfermedad? Sí No Motivo _____
- Si está bajo tratamiento médico, ¿que medicamentos toma regularmente? _____
- ¿Es alérgico a algún alimento o medicamento? Sí No ¿A cuál? _____
- ¿Tiene su esquema de vacunas completo? Sí No
- ¿Tiene problemas de aprendizaje? Sí No ¿Cuáles? _____
- ¿Presenta o ha presentado alguna discapacidad? Sí No Física Sensorial Neurológica Psicológica
- Intervenciones quirúrgicas: Sí No ¿Cuales y a qué edad? _____
- ¿Ha recibido una transfusión? Sí No Sangre Plaquetas Plasma

Adolescentes: _____

3. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre _____
Madre _____

4. ANTECEDENTES PERSONALES

4.1 Alimentación

- ¿Se alimenta o alimentó? Por seno materno Por biberón Ambos Otros _____
- ¿Hasta qué edad? Seno materno _____ Biberón _____
- ¿Cuántas veces al día? Libre demanda Número de veces _____
- ¿Endulza o endulzó su leche? Sí No
- ¿Con qué? Azúcar Miel Otros _____
- ¿Tiene o tuvo alimentación nocturna? Sí No Una vez Dos veces Tres veces Cuatro o más ¿Hasta qué edad? _____

4.2 Higiene

- ¿Lleva a cabo algún procedimiento de higiene bucal en el paciente? Sí No
- ¿Quién lo realiza? Padres Paciente Ambos Otros _____
- ¿Con qué? Cepillo Gasa Otros _____
- ¿Con qué frecuencia? Una vez al día Dos veces al día Tres veces al día
- ¿Desde cuándo? Antes de la erupción de los dientes A la erupción de los primarios A la erupción de los secundarios



¿Utiliza pasta dental? Sí No ¿Cuál? _____

¿Utiliza hilo dental? Sí No Frecuencia: Diario Ocasionalmente _____

¿Se cepilla los dientes antes de dormir? Sí No

¿Se le ha administrado fluoruro? Sí No Colutorio Barniz Gel Tabletas Gotas _____

¿Desde cuándo? Antes de la erupción de los dientes Al erupcionar los primarios

Al erupcionar los secundarios

¿Dónde? Casa Escuela Consultorio Sector Salud Facultad de Odontología _____

5. INSPECCIÓN CORPORAL Y BUCAL

Peso actual: _____ Talla actual: _____ Temperatura: _____

Observaciones: _____

5.1 Exploración de cabeza y cuello

Articulación temporomandibular en apertura y cierre: Derecha Izquierda

Normal Desviación Crepitación _____

Cuello: Presencia de ganglios inflamados: Sí No Cadena Submentoniana

Cadena Submandibular Cadena Retroauricular _____

5.2 Exploración bucal

5.2.1 Tejidos blandos

Labios:

Superficie externa: Labio superior Labio inferior Sin alteración Reseco

Queilitis Fovéola Úlcera herpética secundaria Úlcera aftosa Otros _____

Superficie interna: Labio superior Labio inferior Sin alteración Úlceras

Mucocele Otros _____

Frenillo labial: Superior Inferior Inserción normal Alta Media

Baja Doble Otros _____

Mucosa yugal y fondo de saco: Derecho Izquierdo Sin alteración Úlceras

Candidiasis Gránulos de Fordyce Otros _____

Frenillo bucal: Derecho Izquierdo Múltiple / Inserción: Alta Media Baja

Lengua: Sin alteración Saburral Fisurada Pilosa Glositis Migratoria

Benigna Glositis Rombóidea Media Úlcera de Riga-Fede Candidiasis Otros _____

Frenillo lingual: Inserción Sin alteración Corto _____

Piso de la boca: Sin alteración Ránula Otros _____

Mucosa alveolar y encía: Sin alteración Úlceras Abscesos Fistulas

Fenestración Dehiscencia Gingivitis Periodontitis Nódulos de Bohn

Quistes de erupción Quistes de lámina dental Hematoma de la erupción

Pericoronitis Otros _____

Paladar duro: Sin alteración Cicatrices Hendiduras Perlas de Epstein

Úlceras Otros _____

Paladar blando: Sin alteración Cicatrices Hendiduras Úlceras Otros _____

Faringe: Amígdalas palatinas: Sin alteración Hipertróficas Ulceradas

Hiperémicas Ausentes Otros _____

Úvula: Sin alteración Bífida Inflamada Ulceradas _____

3



5.2.2 Traumatismos

Dentición: ① Primaria ② Secundaria ③ Ambas

¿Cuándo ocurrió? _____

¿Dónde ocurrió? ① Casa ② Parque ③ Escuela ④ Transporte ⑤ Otros _____

¿Cómo ocurrió? _____

Pérdida de conciencia: ① Sí ② No Tiempo: _____

Vómito: ① Sí ② No

Hemorragia: ① Sí ② No ③ Nariz ④ Oídos

Diagnóstico: ① Concusión ② Subluxación ③ Luxación lateral
④ Luxación intrusiva ⑤ Luxación extrusiva ⑥ Avulsión ⑦ Fractura

Observaciones _____

6. OCLUSIÓN Y ALINEACIÓN

Línea media: ① Superior ② Inferior ③ Normal ④ Desviada der. ⑤ Desviada izq.

Planos terminales: ① Derecho ② Izquierdo ③ Vertical o recto ④ Mesial
⑤ Distal ⑥ Mesial exagerado ⑦ No registrable

Espacios primates: ① Sí ② No ③ Superior ④ Inferior

Baume: ① Tipo 1 ② Tipo 2 ③ No registrable

Clase de Angle: ① Derecho ② Izquierdo ③ Clase I ④ Clase II división 1
⑤ Clase II, división 2 ⑥ Clase III ⑦ No registrable

Desgaste fisiológico de dientes primarios: ① Sí ② No

Diastema: ① Sí ② No

Borde a borde: ① Sí ② No

Mordida cruzada: ① Sí ② No ③ Anterior ④ Posterior ⑤ Derecha
⑥ Izquierda ⑦ Bilateral

Sobremordida: ① Sí Medida en mm _____ ② No ③ No registrable

Traslape horizontal: ① Sí Medida en mm _____ ② No ③ No registrable

Mordida abierta: ① Sí Medida en mm _____ ② No ③ No registrable

6.1 Hábitos nocivos

Succión de dedo: ① Sí ② No Frecuencia: ③ Todo el día ④ Al dormir ⑤ Ocasionalmente

Chupón: ① Sí ② No Frecuencia: ③ Todo el día ④ Al dormir ⑤ Ocasionalmente

Labio: ① Sí ② No Frecuencia: ③ Todo el día ④ Al dormir ⑤ Ocasionalmente

Mordedura de labio: ① Sí ② No ③ Superior ④ Inferior ⑤ Ambos

Onicofagia: ① Sí ② No

Bruxismo: ① Sí ② No

Deglución atípica: ① Sí ② No ③ Con proyección lingual

Respiración bucal: ① Sí ② No

Otros _____

7. CONDUCTA Y ACTITUD

Respuesta conductual inicial del niño: ① Grado 0 ② Grado 1 ③ Grado 2 ④ Grado 3

Actitud de los padres: ① No cooperador ② Potencialmente cooperador ③ Cooperador

4



9. RIESGO A CARIES

CRITERIO	RIESGO	VALOR	PUNTAJACIÓN
Cepillado dental con pasta fluorurada (número de veces al día)	Menos de dos veces al día	3	
Placa bacteriana (% de superficies dentarias pigmentadas)	Índice de O'Leary > 20%	3	
Frecuencia de ingestión de azúcares o de carbohidratos refinados (Nota: en niños pequeños, tomar en cuenta sus practicas de alimentación, tales como dieta nocturna o amamantamiento y lactancia artificial prolongados)	Más de dos veces al día	3	
Lesiones cariosas	Presentes y activas	2	
Fosetas y fisuras profundas	Presentes	2	
Enfermedad gingival o periodontal	Presente	2	
Alteraciones del esmalte (opacidades, hipoplasia, defectos, fluorosis)	Presentes	1	
Aparatología ortodóncica o mantenedores de espacio	Utiliza	1	
Obturaciones defectuosas	Presentes	1	
Caries en padres o hermanos	Presente	1	
		Total	
CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE: ① RIESGO ALTO (diferencia ≥ 0) ② RIESGO BAJO (diferencia < 0)			

10. DIAGNÓSTICO: SANO ① Si ② No RIESGO ③ Alto ④ Bajo

11. ACCIONES PREVENTAS SEGÚN RIESGO A CARIES

Acciones	Riesgo	
	Alto	Bajo
1. Examen periódico	Cada 3 meses	Cada 6 meses
2. Control de PDB	Cada 3 meses	Cada 6 meses
3. Recomendaciones dietéticas	Restricción de consumo de azúcares Incorporar a la dieta alimentos protectores	Modificación de factores de riesgo, como disminución de consumo de azúcares
4. Cepillado	4 veces al día y al ingerir algún alimento. Utilización de dentífricos fluorurados de acuerdo con la edad	4 veces al día y al ingerir algún alimento. Utilización de dentífricos fluorurados de acuerdo con la edad
5. Fluoruros	Aplicación de fluoruro tópico por el C.D.	No requiere aplicación de fluoruro
6. Selladores de fosetas y fisuras	Se aplican si existen fosas y fosetas retentivas	No requiere aplicación de selladores

REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA _____
Nombre y firma del profesor(a)

OBSERVACIONES



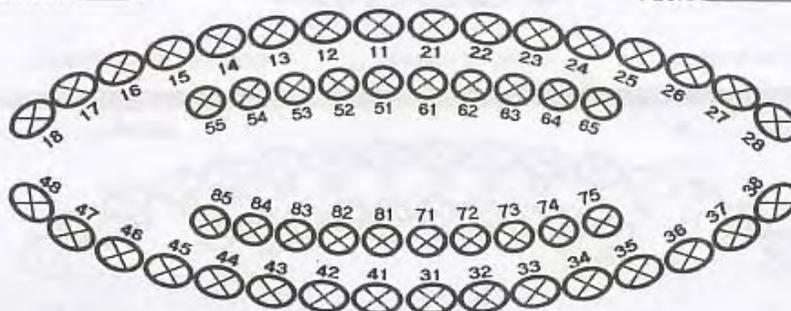
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERIODONCIA

CONTROL PERSONAL DE PLACA BACTERIANA

PACIENTE: _____ NÚM. CARNET: _____

PORCENTAJE: _____%

FECHA: _____



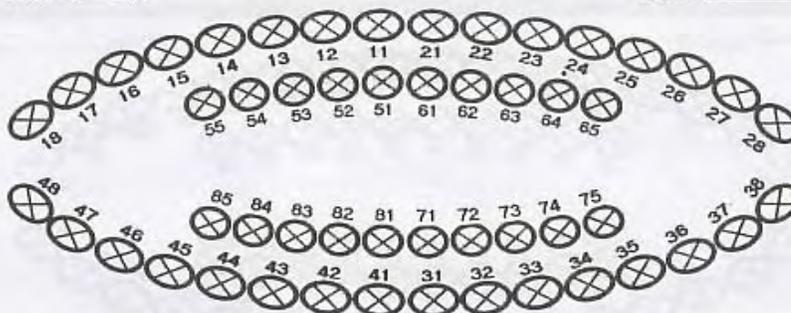
TOTAL DE DIENTES: _____

TOTAL DE CARAS: _____

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

PORCENTAJE: _____%

FECHA: _____



TOTAL DE DIENTES: _____

TOTAL DE CARAS: _____

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____



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



No. de expediente _____

México, D. F. a _____

Nombre del padre o tutor _____, con domicilio en _____

Calle _____ No. _____ Colonia _____ Delegación _____

en calidad de familiar o tutor de _____

C.P. _____ Teléfono _____ 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 Odontopediatría requiere del uso de anestésicos 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. Esta 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 deberá 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 Cedula Profesional _____



Entrevistas

Formato 1

Fecha:

Hora:

Nombre:

Cargo académico:

1. *¿A qué generación pertenece como estudiante de la carrera de Odontología?*
2. *¿Realizó alguna especialidad?*
3. *¿A qué generación pertenece?*
4. *¿En qué año surgió la especialidad de Odontopediatría en la Facultad de Odontología?*
5. *¿Cuándo usted era alumno de la especialidad de Odontopediatría, manejaba algún documento como historia clínica?*
6. *¿Recuerda cuántas historias clínicas previas a la actual se han utilizado en la Facultad de Odontología de la UNAM?*
7. *¿Sabe cuándo se desarrolló la primera historia clínica de Odontopediatría en la Facultad de Odontología?*
8. *¿Hubo alguna comisión encargada de la elaboración de dicho documento?*
9. *¿Se basaron en algún documento previo para la elaboración de la historia clínica?*
10. *¿Recuerda cuáles fueron los parámetros en los que se basaron para desarrollar dicha historia?*
11. *¿Cuál era su estructura?*
12. *¿Cuántos años estuvo vigente esta historia clínica?*
13. *¿Se realizaron modificaciones a la historia clínica durante dicho período?*
14. *¿Debido a qué se efectuaron dichos cambios?*
15. *¿Estos cambios lograron satisfacer las necesidades de las nuevas generaciones?*
16. *¿Qué opina de la historia clínica de Odontopediatría actualmente en la Facultad de Odontología?*



Formato 2

Fecha:

Hora:

Nombre:

Cargo académico:

1. *¿A qué generación pertenece como estudiante de la carrera de Odontología?*
2. *¿Realizó alguna especialidad?*
3. *¿A qué generación pertenece?*
4. *¿En qué año surgió la especialidad de Odontopediatría en la Facultad de Odontología?*
5. *¿Cuándo usted era alumno de la especialidad de Odontopediatría, manejaba algún documento como historia clínica?*
6. *¿Cómo estaba estructurada?*
7. *¿Recuerda cuántas historias clínicas previas a la actual se han utilizado en la Facultad de Odontología de la UNAM?*
8. *¿Sabe el motivo por el cuál se realizaron modificaciones a la anterior historia clínica de Odontopediatría?*
9. *¿Hubo alguna comisión encargada de la modificación de dicho documento?*
10. *¿Se basaron en algún documento previo para la modificación de la historia clínica?*
11. *¿Cuáles fueron los parámetros en los que se basaron para desarrollar dicha historia?*
12. *¿En qué año comenzó el proyecto para la modificación de la historia clínica anterior?*
13. *¿Cuánto tiempo duró dicho proyecto?*
14. *¿En qué año se introdujo, la actual historia clínica en la Facultad de Odontología?*
15. *¿Cuál fue el motivo por el que se anexó la Carta de Consentimiento Informado?*
16. *¿Quién realizó esta carta de Consentimiento Informado?*
17. *¿Qué importancia tiene actualmente el Consentimiento Informado anexo a la historia clínica?*
18. *¿Están basadas en alguna norma tanto la historia clínica de Odontopediatría como la Carta de Consentimiento Informado?*



Formato 3

Fecha:

Hora:

Nombre:

Cargo académico:

1. *¿Dónde y cuándo estudió la especialidad de odontopediatría?*
2. *¿Se manejaba algún documento como historia clínica, cuando usted estudió la especialidad?*
3. *¿En qué consistía esta historia clínica?*
4. *¿Desde cuándo es profesor de Odontopediatría de la Facultad de Odontología?*
5. *¿Se manejaba algún documento de historia clínica?*
6. *¿Recuerda cómo era este documento?*
7. *Mtro. Tengo entendido que usted introdujo una historia clínica a la especialidad de Odontopediatría, realizó alguna adaptación para la población mexicana?*
8. *¿Cuánto tiempo estuvo vigente?*
9. *¿Se realizaron cambios durante este período?, ¿cuáles?*
10. *¿Qué opina de la historia clínica de Odontopediatría actualmente en la Facultad de odontología?*