



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MÉXICO
Facultad de Odontología**



Tesis:

“Valoración del cumplimiento de estándares normativos y diagnósticos en el formato institucional de historia clínica de Periodontología de pregrado en la Facultad de Odontología de la UAEMéx”.

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA.**

PRESENTA:

- Enrique Humberto Santín Peña.

Directora de Tesis:

- Dra. en O. Adriana Alicia Cabrera Ortega.

Revisores de Tesis:

- Dra. en C.S. María Teresa Hernández Solís.
- Dra. en C.S. Saraí Carmina Guadarrama Reyes.

**Toluca, Estado de México
Mayo 2026**



ÍNDICE

I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	3
III.	Planteamiento del Problema	9
IV.	Pregunta de Investigación	11
V.	Objetivos	12
VI.	Justificación	13
VII.	Marco Teórico	14
	7.1 Expediente Clínico	14
	7.1.1 Concepto y Función	14
	7.1.2 Marco Normativo en México	15
	7.1.2.1 NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	16
	7.1.2.2 NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.	18
	7.1.3 Implicaciones Legales	23
	7.2 Importancia del Registro Clínico en Periodontología	24
	7.2.1 Periodontograma como Herramienta Diagnóstica	25
	7.3 Clasificación de Enfermedades Periodontales de 2018	25
	7.3.1 Antecedentes de las Clasificaciones	25
	7.3.2 Estructura de la Clasificación de 2018	26
	7.3.2.1 Salud Periodontal y Enfermedad Gingival	26
	7.3.2.1.1 Salud Periodontal	26
	7.3.2.1.2 Gingivitis	27
	7.3.2.2 Periodontitis	29
	7.3.2.2.1 Diagnóstico Periodontal	31
	7.3.2.2.1.1 Estadios	31
	7.3.2.2.1.2 Grados	33
	7.3.3 Implicaciones Diagnósticas en la Práctica Clínica	37
	7.3.4 Importancia del Análisis Radiográfico	39
	7.4 Calidad Documental y Evaluación de Instrumentos Clínicos	39
	7.4.1 Evaluación Estructural de Formatos Clínicos	39
	7.5 Formación Clínica en Pregrado y Congruencia Curricular	41
VIII.	Material y Métodos	43
IX.	Resultados	47
X.	Discusión	52
XI.	Conclusión	61
XII.	Recomendaciones	62
XIII.	Referencias	66
XIV.	Anexos	71

I.INTRODUCCIÓN.

La historia clínica es el documento básico en el cual se recopila toda la información clínica relevante del paciente, desde la anamnesis, la exploración clínica, los comentarios, diagnóstico y tratamientos, exámenes complementarios y la evolución.¹ Es un objeto lícito que engloba la suficiente información del paciente y de su historia para ser considerada confidencial, su realización es de carácter obligatorio para todo prestador de servicios de salud en México ya sea público o privado.²

La Periodontología es la rama de la Odontología encargada de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías que afectan a los tejidos de soporte del diente, así como el mantenimiento de la salud de estas, la Academia Americana de Periodontología (AAP por sus siglas en inglés) la define como “el estudio de los tejidos de soporte en salud y patología”.³

El correcto llenado y el contenido adecuado en la historia clínica de Periodontología, es el primer paso para ofrecer un correcto diagnóstico y plan de tratamiento al paciente, existen rubros que son obligatorios en toda historia clínica, que indican una posible causa o factor desencadenante de la patología que presenta el paciente.

En Periodontología una buena anamnesis nos puede indicar, factores de riesgo como el consumo de sustancias o consumo de tabaco, algún posible causante o agravante como algunos medicamentos o deficiencias en la higiene del paciente, así mismo el correcto orden de un periodontograma, facilita su llenado y su entendimiento al momento de diagnosticar, incluir la evaluación radiográfica es parte fundamental para dar un diagnóstico correcto.

En este proyecto se buscará corroborar los aciertos normativos y diagnósticos que presenta el formato de historia clínica de la Clínica de Periodontología de pregrado, así mismo identificar los puntos que presentan áreas de mejora, para poder facilitar su llenado y dar un diagnóstico actualizado, con el tratamiento pertinente para el paciente.

II. ANTECEDENTES

La historia clínica es un documento médico-legal que forma parte del expediente clínico, el cual es el conjunto único de información y datos personales del paciente, integrado por diversos documentos (escritos, imágenes, modelos, etc.) mediante los cuales se hace constar los diferentes momentos en los que se ha brindado atención médica al paciente.²

El expediente clínico surge como método de organización y sistematización de la información recabada del paciente, fundamentado en el método científico, a través de la recolección sistemática de datos, observación de signos y síntomas, obtención de un diagnóstico y formulación de un tratamiento. Se han revelado el uso de registros médicos que datan de los años 3000-1600 a.C. en Egipto, sin embargo, la aparición del expediente clínico se da cuando la medicina se vuelve ciencia, siendo una recopilación de 107 casos realizada por Tadeo Albertini en el siglo XIII la más antigua documentada hasta ahora.⁴

En 1973 la Asociación Americana de Hospitales emite "Los derechos de los pacientes hospitalizados y las obligaciones de los médicos" en los cuales se indica que el paciente tiene el derecho al conocimiento sobre su enfermedad, lo cual sería la pauta para la creación del consentimiento informado, hecho que hasta el día de hoy tiene fundamento legal en nuestro país. El primer acercamiento formal en México para regular el uso de los expedientes clínicos fue en el año de 1986 cuando la Secretaría de Salud publicó la "Norma Técnica 52, para la elaboración, integración y uso del expediente clínico", con esta se buscaba estandarizar el uso y mínimo contenido del expediente clínico en sector público y privado, ya que en sector público tanto IMSS, ISSTE, SEDENA, etc., manejaban un formato propio y en el sector privado, se manejaban únicamente libretas con apuntes más administrativos que médicos.⁵

En 1992 fue publicada la "Ley Federal sobre Metrología y Normalización" con la cual las Normas Técnicas del Gobierno Federal quedaron sin vigencia, para ser

sustituidas oficialmente por las Normas Oficiales Mexicanas. Es hasta Septiembre de 1999 con la publicación de la "NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico" con la que se le da un carácter obligatorio al expediente clínico y se introduce el consentimiento informado, con el cual el paciente autorizará tratamientos antes de su realización⁵; también la norma mencionaba que el expediente clínico odontológico sería especificado en la "NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales."⁶ La NOM-168 sería sustituida en el año 2012 por la "NOM-004-SSA3_2012 del expediente clínico."²

Se puede pensar que entre ambas publicaciones existieron 14 años de vacío, sin embargo antes de ser oficialmente publicada la NOM-004 de 2012 existió el "PROY-NOM-004-2009, Del expediente clínico" que entre sus puntos más importantes está el inicio de la discusión de la titularidad de información, culminando en lo que tenemos hoy; que el establecimiento o profesional de la salud es dueño del expediente, pero el paciente siendo titular de la información podría disponer de ella y también cambios en el consentimiento informado, que dejó de ser únicamente una aceptación de tratamiento y pasaría a ser un documento concreto donde se expliquen los riesgos y beneficios del tratamiento.⁷

Es 1994 el año en el cual se introduce la "NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales", siendo esta la primera norma referente a Odontología, si bien, fue una norma muy completa, en cuanto a tratamiento de algunas de las enfermedades más comunes en boca (caries y enfermedad periodontal) el tema del expediente aún no se contemplaba lo suficiente, los únicos puntos incluidos en la norma relacionados al expediente eran; que el paciente debe firmar que acepta el plan de tratamiento y eso debe agregarse al expediente y que el expediente tiene carácter confidencial y legal y debía ser resguardado por el odontólogo o la institución. En la publicación original ya se mencionaba el expediente clínico, sin embargo, fue en la modificación publicada en enero de 1995 que se agregó todo lo que debía incluir el

expediente clínico hasta ese momento, en el apartado “8.3 Diagnóstico Clínico”⁸:

- Historia clínica (historia personal y familiar de antecedentes patológicos y no patológicos).
- Padecimiento actual.
- Odontograma.
- Diagnóstico y Tratamiento.
- Estudios de laboratorio (En caso de ser requeridos).
- Notas de evolución.

En una publicación de 1999 de la “Revista de la Asociación Dental Mexicana” titulada “Cumplir con la legislación sanitaria ofrece calidad y seguridad ¿Tú lo haces?” se menciona que en ese año se daría la sustitución de la Norma Técnica 52 por la NOM-004, la Dra. María Elena Llarena del Rosario y colaboradores mencionan también el contenido esencial del expediente clínico en ese momento⁹; el cual es el siguiente:

- Historia clínica completa.
- Ficha odontológica.
- Auxiliares de diagnóstico.
- Diagnóstico.
- Plan de tratamiento.
- Expectativas de calidad de salud bucal.
- Consentimiento informado y resultados.

La NOM-013 ha sido también sujeta a modificaciones, en 2006 se agregó como requerimiento la integración de odontograma inicial y de seguimiento, se agregó la exploración física de cabeza y cuello, así mismo una mayor y mejor anamnesis, se comenzó a dar un mayor peso a las notas de evolución que tendrían que ser realizadas cada que se dé atención al paciente, tendrán que ir firmadas por el

odontólogo y por el paciente o representante y ya se considera documento médico-legal.¹⁰

La versión actual de esta norma es la NOM-013-SSA2-2015, la cual vino a reforzar puntos tanto del expediente como de las diferentes enfermedades, es una norma que se enfoca más en la prevención de estas, es cierto que su publicación, al menos en la sección periodontal, fue adecuada hasta 2018 que se presentó la clasificación actual de enfermedad periodontal, al día de hoy no se considera errónea, sino desactualizada, en temas del expediente clínico pretende unificar criterios y estandarizar el uso obligatorio de este a nivel nacional.¹¹

La enfermedad periodontal ha sido definida tradicionalmente como una enfermedad inflamatoria de origen multifactorial, su factor primario es la biopelícula bacteriana la cual con diferentes factores locales y sistémicos pueden lograr la destrucción de los tejidos de soporte del diente. La necesidad de una clasificación estandarizada nace alrededor de 1870 hasta 1970, tiempo en el cual se mencionan diferentes clínicos como Bernhard Gottlieb, Sir Wilfred Fish, Paul R. Stillman y John Oppie McCall, entre otros que parecían que tenían su terminología individual para clasificar lo que hoy conocemos como enfermedad periodontal.¹²

Fue en 1942 cuando el clínico Orban Bálint genera una clasificación que sería aceptada por la AAP, en la cual las enfermedades periodontales se clasifican en tres grupos; inflamatorias, distróficas y traumáticas, la periodontitis era clasificada como simple y compleja, pero no quedaba 100% establecida, para Orban la simple era secundaria a la gingivitis, con bolsas periodontales, pérdida ósea, generación de abscesos y depósitos de cálculo, la compleja sería secundaria a la periodontosis que era un cuadro no inflamatorio sin depósitos de cálculo, Torquil MacPhee y Geoffrey Cowley agregaron a la definición de

periodontitis simple, bolsas generalizadas de profundidad regular con pérdida ósea horizontal y la compleja, era una destrucción avanzada de tejido con relación a la edad del paciente, con pérdida ósea vertical.¹³

La OMS en 1961 generó una clasificación carente de especificidad, en la cual clasificaban las enfermedades periodontales en tres grupos:

- Procesos Inflamatorios: gingivitis y periodontitis, existe un estímulo y la respuesta de los tejidos es la inflamación.
- Procesos degenerativos: cambios fisiológicos por el paso del tiempo.
- Procesos neoplásicos: multiplicación celular de los diversos componentes del periodonto (epitelio, tejido conjuntivo, vasos sanguíneos) o metástasis.¹²

La clasificación de 1986 de la AAP representó un avance significativo al presentar la periodontitis del adulto y juvenil, se basaba en la edad de inicio, permitió reconocer que hay diferentes comportamientos y progresiones de enfermedades periodontales, sin embargo, su dependencia a la edad y los pocos parámetros objetivos la limitaban. En 1989 se reforzó cambiando el término "juvenil" por "inicio temprano", se incluyeron también, enfermedades necrosantes, abscesos, lesiones endo-periodontales y se reconoce una repercusión sistémica de la enfermedad periodontal, igualmente sería muy compleja y la persistencia del rasgo de la edad, demostraban la necesidad de mejorar la clasificación.¹³

Pasaron 10 años para tener una nueva clasificación que sería aceptada y utilizada por casi 20 años, una clasificación que fue muy completa y detallada, sin embargo, carecía de una descripción clara de los elementos de diferenciación. En esta clasificación se contemplaron enfermedades gingivales inducidas y no inducidas por placa dentobacteriana, así como 7 diferentes clasificaciones para la enfermedad periodontal:

- Crónica.
- Agresiva.
- Como manifestación de enfermedad sistémica.
- Enfermedades periodontales necrotizantes.
- Abscesos del periodonto.
- Asociada a lesión endodóntica.
- Condiciones del desarrollo o adquiridas.¹⁴

La dificultad de clasificar entre crónica y agresiva, la necesidad de una medición objetiva de la progresión, la integración de factores de riesgo como la diabetes o el tabaquismo, la necesidad de estandarizar severidad y complejidad de cada caso, así como el diagnóstico y tratamiento fueron parte de los motivos que incitaron a la realización de la nueva clasificación de enfermedad periodontal, la cual sería aceptada de manera global ya que fue realizada en conjunto por las dos organizaciones científicas más importantes de periodoncia; la Academia Americana de Periodontología (AAP, por sus siglas en inglés) y la Federación Europea de Periodontología (EFP, por sus siglas en inglés) en 2017 y presentada a nivel internacional al año siguiente.

Es en 2018 que se presentó la Clasificación actual de enfermedades periodontales y periimplantarias, entre los cambios más destacados está la integración de un apartado de salud periodontal, la eliminación de los adjetivos; agresiva y crónica, se suman estadios y grados, así como condiciones periimplantares.¹⁵ Dando como resultado la clasificación más científicamente correcta, basada en criterios clínicos con observancia de casi 20 años, para facilitar el diagnóstico de las enfermedades periodontales y ofrecer un tratamiento adecuado de estas.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El expediente clínico constituye un instrumento fundamental en la práctica odontológica, ya que permite documentar de manera sistemática la información relacionada con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes. Además de su importancia asistencial, el expediente clínico posee un valor médico-legal y académico, pues respalda las decisiones terapéuticas del profesional de la salud y contribuye al desarrollo del razonamiento clínico durante la formación de los estudiantes.

En el área de Periodontología, la historia clínica adquiere una relevancia particular debido a la naturaleza multifactorial de las enfermedades periodontales y a la necesidad de registrar parámetros clínicos específicos para establecer un diagnóstico preciso. Entre los principales elementos diagnósticos se encuentra la profundidad de sondaje, el nivel de inserción clínica, el sangrado al sondaje, la movilidad dental, el comprometimiento de furca y la evaluación radiográfica de la pérdida ósea alveolar. El registro sistemático de estos parámetros permite determinar la severidad y extensión de la enfermedad periodontal, así como establecer un plan de tratamiento adecuado.

En los últimos años, el diagnóstico periodontal ha evolucionado significativamente a partir de la Clasificación de Enfermedades Periodontales y Periimplantares 2018, propuesta por la AAP y la EFP. Este sistema de clasificación incorpora criterios clínicos y radiográficos para determinar el estadio y grado de la periodontitis, lo cual requiere que la información registrada en la historia clínica sea suficientemente completa y estructurada para permitir su correcta aplicación.

Paralelamente, el expediente clínico odontológico debe cumplir con los elementos mínimos establecidos en la normatividad vigente en México, la cual

regula la integración adecuada de la información clínica y garantiza la calidad del registro periodontal.

En el contexto de la formación odontológica de pregrado, los formatos institucionales de historia clínica representan herramientas fundamentales para guiar la recolección de datos clínicos por parte de los estudiantes y facilitar la enseñanza del diagnóstico periodontal. Sin embargo, cuando estos instrumentos no integran de manera adecuada los elementos normativos y diagnósticos necesarios, puede limitar la calidad del registro clínico y dificultar la aplicación de criterios diagnósticos contemporáneos.

A pesar de la importancia del expediente clínico en la práctica y enseñanza de la Periodontología, no se ha realizado una evaluación sistemática que permita determinar si el formato institucional de historia clínica periodontal utilizado en la formación de estudiantes cumple con los estándares normativos y diagnósticos actuales. La ausencia de esta información dificulta identificar posibles áreas de mejora en el instrumento clínico utilizado durante la formación profesional.

Por lo anterior surge la necesidad de valorar de manera objetiva el nivel de cumplimiento del formato institucional de historia clínica periodontal respecto a criterios normativos y diagnósticos periodontales contemporáneos, mediante un análisis estructurado que permita identificar fortalezas y áreas de oportunidad en dicho instrumento.

IV.PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El formato institucional de historia clínica periodontal utilizado en la formación clínica de pregrado de La Facultad de Odontología de la UAEMéx cumple con los estándares normativos y diagnósticos periodontales necesarios para el registro clínico adecuado?

V.OBJETIVOS

Objetivo General:

- Valorar el nivel de cumplimiento de estándares normativos y diagnósticos en el formato institucional de historia clínica de Periodontología utilizada en pregrado en la Facultad de Odontología de la UAEMéx.

Objetivos específicos:

- Identificar los criterios normativos y diagnósticos periodontales que deben estar presentes en un formato de historia clínica, con base en estándares normativos y científicos actuales.
- Diseñar una lista de cotejo estructurada que permita evaluar la presencia de dichos criterios en el formato institucional de historia clínica periodontal.
- Determinar el nivel de cumplimiento del formato institucional respecto a criterios normativos esenciales del expediente clínico.
- Determinar el nivel de cumplimiento del formato respecto a criterios diagnósticos periodontales fundamentales, incluyendo parámetros clínicos y radiográficos necesarios para el diagnóstico periodontal.
- Calcular el nivel de cumplimiento global del formato institucional de historia clínica periodontal.
- Explorar las principales áreas de oportunidad en la estructura del formato evaluado.
- Proponer los cambios y mejoras pertinentes para el diseño de un formato completo.

VI.JUSTIFICACIÓN

La historia clínica periodontal constituye una herramienta fundamental para el diagnóstico, planificación y tratamiento de los pacientes, ya que permite recopilar de manera sistemática la información necesaria para identificar las condiciones de salud bucal y sistémicas que influyen en la enfermedad periodontal. Su adecuada estructuración y actualización son esenciales para garantizar una atención de calidad y basada en evidencia.^{11,14}

Sin embargo, los cambios en los criterios diagnósticos, particularmente con la actualización de la clasificación de las enfermedades periodontales en 2018, hacen necesario evaluar si los formatos utilizados actualmente cumplen con los lineamientos normativos y científicos vigentes. La falta de actualización en estos instrumentos puede derivar en diagnósticos imprecisos, registros incompletos y, en consecuencia, en una toma de decisiones clínicas inadecuada.¹⁶

En este sentido, el presente trabajo se justifica en la necesidad de realizar una revisión dicotómica del formato de historia clínica de periodoncia, con el propósito de identificar el grado de cumplimiento de los criterios normativos y diagnósticos actuales. Esto permitirá detectar áreas de mejora y proponer ajustes que favorezcan una evaluación más completa, estandarizada y acorde con la práctica odontológica contemporánea.

VII.MARCO TEÓRICO

7.1 Expediente Clínico.

7.1.1 Concepto y Función:

La Secretaría de Salud en México define al expediente clínico como; “el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica”². Básicamente es el conjunto de documentos utilizados para y durante la atención médica del paciente.

El expediente clínico al ser catalogado en la “Ley General de Salud” del Congreso de la Unión de México como un derecho, adquiere el carácter de obligatoriedad, para todo aquel profesional de la salud o establecimiento donde se otorgue atención médica ya sea, público, privado o social.¹⁷ La misma norma 004 menciona los usos del expediente clínico, siendo los siguientes;

- Médico asistencial: se trata de facilitar la atención que se le da al paciente, eficientizar tiempos y mejorar las visitas, un expediente clínico correctamente integrado, facilita el saber la condición del paciente incluso sin que su presencia sea necesaria.¹⁸
- Evaluación de la calidad de atención: hace referencia a la evaluación en un ámbito legal, al integrar correctamente el expediente, incluyendo la historia clínica completa, notas de evolución, etc. Se demuestra que la atención dada por el prestador del servicio de salud es de buena calidad.¹⁹
- Enseñanza e Investigación: el profesional tratante puede disponer de la información del caso si es que se utilizará para un fin académico, sin embargo, al ser el paciente el titular de la información, esta se vuelve confidencial y se requiere de la autorización por escrito del paciente para su uso.²

- Administrativo y estadístico: es información individual de un expediente que se puede convertir en datos de análisis epidemiológico, tendencias de enfermedades, eficiencia de tratamientos, etc. En un ambiente hospitalario el uso administrativo refiere a la gestión de recursos tanto humanos como materiales.²⁰
- Médico-legal: es la prueba fundamental bajo un proceso judicial o de arbitraje médico, con una correcta integración y un registro cronológico, se logra tener en regla el conjunto de documentos que servirán como defensa en algún escenario.²

La norma requiere a los centros de salud o a los prestadores de servicios de salud privados el resguardo del expediente clínico por al menos cinco años contados a partir de la fecha del último acto médico realizado², además de cumplir con la función administrativa, mantener el récord del paciente nos permite poder continuar o retomar el tratamiento si es que se pausó en algún momento.

7.1.2 Marco Normativo en México.

Para hablar del expediente clínico odontológico en México es fundamental mencionar 3 normas:

- NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.²
- NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.²¹
- NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.¹¹

7.1.2.1. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

El objetivo de esta norma es establecer los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos para la integración y correcto uso de un expediente clínico, en todos los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado. En su apartado de “Generalidades” se mencionan los aspectos que se deben considerar para el uso correcto del expediente clínico, algunos relevantes para esta investigación son²:

- 5.1: se le otorga el carácter obligatorio a la integración del expediente clínico personal, en todos los establecimientos de atención médica.
- 5.4: los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicio que los genera si este trabaja de manera privada, el paciente tiene derecho de titularidad sobre la información para la protección de su salud y su confidencialidad, por lo mismo deberán ser resguardados mínimo por 5 años contando a partir de la fecha de la última atención médica.
- 5.13: los prestadores de servicio de atención médica pueden diseñar formatos para el expediente clínico siguiendo los lineamientos descritos en esta norma.
- 5.15: el expediente clínico odontológico se ajustará a lo establecido en la NOM-013.
- Las personas físicas, morales, representantes legales o personas facultadas para ello pueden solicitar una revisión del cumplimiento de esta norma, ya sea en sector público, social o privado.

Seguido de las generalidades en el apartado “Del expediente clínico en consulta general y de especialidad” la norma menciona que el expediente clínico debe contar mínimo con lo siguiente²:

- Historia clínica: será elaborada por el profesional de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno, se menciona que dependiendo la especialidad se pueden agregar apartados a esta, debe seguir el siguiente orden de apartados:
 - Interrogatorio (mínimo indispensable):
 - Ficha de identificación
 - Grupo étnico (si es necesario).
 - Antecedentes heredofamiliares.
 - Antecedentes personales patológicos (incluyendo uso y dependencia de alcohol, tabaco o alguna otra sustancia) y no patológicos.
 - Padecimiento actual (se debe indagar acerca de algún tratamiento previo).
 - Interrogatorio por aparatos y sistemas.
 - Exploración física: “deberá tener específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo”.
 - Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
 - Diagnóstico.
 - Pronóstico.
 - Tratamiento e indicaciones terapéuticas, si es farmacológico indicar dosis, vía de administración y periodicidad.
- Cartas de consentimiento informado (mínimo indispensable):
 - Nombre de la institución.
 - Título del documento.
 - Lugar y fecha en que se emite.
 - Acto autorizado.
 - Mencionar riesgos y beneficios esperados al realizar dicho acto.
 - Autorización al personal de salud para actuar ante alguna urgencia en el acto a realizar.

- Nombre completo y firma del paciente, familiar más cercano presente, tutor o representante legal.
- Nombre completo y firma del médico.
- Nombre y firma de dos testigos.

7.1.2.2. NOM-013-SSA3-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

Es la norma que se encarga de unificar todo lo referente a salud bucal en México, tiene como objetivo establecer los criterios y procedimientos para la prevención, diagnóstico y control de las enfermedades bucales en la población. Busca unificar las acciones del personal de salud para garantizar una atención odontológica integral, de calidad y con enfoque preventivo. Asimismo, regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud bucal dentro del Sistema Nacional de Salud.¹¹ Derivado de la naturaleza de esta investigación solo se mencionará lo relacionado al expediente clínico odontológico.

Igual que en la Norma previamente descrita, la Norma-013 hace mención del expediente clínico en diversos puntos de su apartado "Disposiciones Generales", los cuales son los siguientes:¹¹

- 5.2: "los estudiantes en formación podrán realizar actividades educativo-preventivas, diagnóstico, pronóstico, y actividades derivadas del plan de tratamiento, rehabilitación y control de enfermedades bucales bajo la estricta supervisión del estomatólogo docente".
- 5.12: "la elaboración, integración y uso del expediente clínico en un establecimiento para la atención médica ambulatoria se ajustará a lo establecido en el punto 9 de esta norma de acuerdo con la Norma-004".
- 5.13: el archivo y manejo del expediente clínico se debe realizar con base en lo establecido en la NOM-004.

- 5.14: el expediente clínico debe estar bajo la custodia del odontólogo o del establecimiento para la atención médica y ser resguardado por un mínimo de 5 años a partir de la última consulta.
- 5.15: toda la información contenida en el expediente clínico debe ser tratada por todo el personal con discreción y confidencialidad, solo pudiendo ser entregada a órganos de procuración de justicia, así mismo se debe entregar al titular un resumen clínico cuando lo necesite.
- 5.17: “los alumnos en formación podrán realizar actividades educativas preventivas, diagnóstico, pronóstico y actividades derivadas del plan de tratamiento, rehabilitación y control de enfermedades bucales bajo la supervisión en cada paciente del estomatólogo docente”.

En el apartado 9 “Expediente clínico” se menciona que el expediente clínico que se integre en un establecimiento de atención médica ambulatoria o fuera de un establecimiento hospitalario, tendrá que contar mínimo con lo siguiente:¹¹

- Identificación del consultorio o unidad:
 - Nombre.
 - Tipo.
 - Ubicación.
- Nombre del estomatólogo.
- Identificación del paciente, como mínimo:
 - Nombre completo.
 - Sexo.
 - Edad.
 - Domicilio.
 - Lugar de residencia.
- Fecha (Día/Mes/Año).
- Historia clínica, la cual deberá contener:
 - Interrogatorio.

- Padecimiento actual: registrado en los términos del paciente sin modificaciones ni abreviaturas.
- Factores de riesgo socioeconómicos:
 - Tipo de vivienda.
 - Nivel socioeconómico.
 - Zona geográfica.
 - Servicios intradomiciliarios.
 - Servicios de salud.
 - Hábitos de higiene.
 - Alimentación.
 - Ocupación.
- Antecedentes heredofamiliares.
- Antecedentes personales patológicos:
 - Uso y dependencia al tabaco.
 - Uso y dependencia al alcohol.
 - Uso y dependencia a alguna otra sustancia psicoactiva.
 - Farmacodependencias.
- Padecimientos sistémicos y bucales previos: indicar médico o institución tratante.
- Antecedentes personales no patológicos.
- Aparatos y sistemas.
- Exploración física:
 - Cavidad oral.
 - Cabeza y cuello.
 - Signos vitales.
 - Peso y talla.
- Odontograma y Periodontograma inicial: de acuerdo con la nomenclatura de la Federación Dental Internacional, registrar como ingresó el paciente.

- Odontograma y Periodontograma de seguimiento: donde quedará registradas las condiciones en que se da de alta al paciente y será firmado por el o su representante legal.
- Estudios auxiliares diagnósticos (Si son requeridos):
 - Interpretación.
 - Nombre y firma del responsable.
- Diagnóstico: de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades.
- Plan de tratamiento: especificado y dividido en fases.
- Fecha de la primera cita y las subsecuentes.
- Nombre y firma del estomatólogo.
- Nombre y firma del paciente o representante legal.
- Notas de evolución: deberán ser realizadas cada que se de atención al paciente, deben incluir por lo menos lo siguiente:
 - Fecha y actividad realizada.
 - Evolución y actualización del cuadro clínico.
 - Signos vitales, se miden en todos los pacientes la primera cita, en citas posteriores es a criterio del estomatólogo.
 - Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.
 - Agregar interpretación y resultados de estudios auxiliares.
 - Tratamiento e indicaciones terapéuticas y estomatológicas, si se prescribe farmacoterapia añadir el principio activo, su presentación, dosis, vía de administración, periodicidad y duración del tratamiento, también efectos adversos e incluirlo igualmente en la historia clínica.
 - Nombre y firma del estomatólogo.
 - Nombre y firma del paciente o representante legal.
- Notas de interconsulta.
- Notas de referencia.
- Carta de consentimiento Informado, con sus siguientes especificaciones:

- Redactada en lenguaje sencillo.
- Es revocable siempre y cuando no se haya iniciado el tratamiento.
- El odontólogo no está obligado a realizar el tratamiento si es que implica mayor riesgo que beneficio.
- Se debe realizar consentimiento informado en caso de modificar el plan de tratamiento.
- Señalar que se explicaron diferentes alternativas.
- Indicar que al paciente se le explican los procedimientos y el elije el cual dará autorización.
- Informar y anotar los riesgos e imprevistos que puedan alterar el buen resultado del tratamiento.
- Especificar que siempre se busca calidad, seguridad y bienestar en los procedimientos realizados.
- Debe contar como mínimo con lo siguiente:
 - Nombre del paciente.
 - Nombre de la institución.
 - Nombre del estomatólogo.
 - Descripción del tratamiento y los objetivos buscados.
 - Molestias y riesgos más frecuentes y graves del tratamiento.
 - Beneficios esperados.
 - Alternativas factibles.
 - Curso del padecimiento sin tratamiento, con recomendaciones del estomatólogo.
 - Lugar y fecha de emisión.
 - Autorización al estomatólogo para actuar en contingencias derivadas del tratamiento, principio de libertad de prescripción.
 - Nombre completo y firma del estomatólogo.
 - Nombre completo y firma del paciente o representante legal.
 - Nombre y firma de un testigo.

- Hoja de alta o egreso voluntario.

Existen diferencias mínimas entre las Normas, debido a que una es de carácter general (NOM-004) mientras que la otra es la que marca nuestro actuar como odontólogos (NOM-013), sin embargo, entre ambas se genera el cuadro normativo el cual debemos contemplar para una correcta integración del expediente clínico.

7.1.3 Implicaciones Legales.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) indica que el expediente clínico es un instrumento probatorio preconstituido, el cual desde el ángulo jurídico su objetivo es acreditar la atención al paciente. Se consideran irregularidades en el expediente clínico las siguientes:²²

- Que esté incompleto o mutilado.
- Expediente mal organizado.
- Que sea ilegible.
- Ausencia de nombre y firma de quien lo elabora.

La buena integración del expediente clínico evidencia el camino seguido en la atención al paciente, la ausencia del registro de alguna actividad médica ya sea por desconocimiento u omisión, daría una presunción negativa en contra del profesional de la salud.²³ No existe apartado en las normas que mencione las sanciones por el incumplimiento de estas, sin embargo, su carácter obligatorio está respaldado por la Ley General de Salud.¹⁷

La incorrecta integración del expediente clínico es considerada como una infracción sanitaria, en la cual las sanciones pueden ser:²⁴⁻²⁶

- Multas o indemnizaciones al paciente.
- Clausura temporal o permanente del establecimiento.
- Cese de actividades o inhabilitación total profesional.

- Penas de privación de la libertad.

7.2 Importancia del Registro Clínico en Periodontología.

El registro clínico periodontal es el elemento fundamental para la comprensión, el diagnóstico, manejo y seguimiento del paciente periodontal, al integrar parámetros medibles en el paciente y registrables en un periodontograma, se logra el mayor y mejor acercamiento al diagnóstico de la condición que se presente.²⁷

De acuerdo con la Clasificación de Enfermedades Periodontales y Periimplantares de 2018.²⁸ los parámetros pertinentes para el registro periodontal son los siguientes:

- Profundidad de Sondaje: es la distancia desde el margen gingival hasta el fondo de la bolsa periodontal.²⁹⁻³²
- Nivel de Inserción Clínica: es la distancia entre la unión cemento-esmalte a la base de la bolsa periodontal.²⁹⁻³²
- Sangrado al Sondaje: al momento de hacer la medición de profundidad de la bolsa, ésta sangra indicando inflamación gingival.^{29,30,32}
- Involucración de Furca: es cuando la separación de las raíces de los molares se ve afectada por el problema periodontal.^{30,32}
- Movilidad Dental: grado 1, 2 o 3.^{30,32}
- Distancia de la Unión Cemento-Esmalte (UCE) al Margen Gingival: es la medición cuando el margen gingival migra hacia apical y genera recesiones gingivales.³²
- Índice de Placa Dentobacteriana: contabilización de las superficies dentales afectadas por placa dentobacteriana.³⁰

El diagnóstico radiográfico se considera de apoyo, sin embargo, al ser imágenes en 2D presentan algunas limitantes por no poder observar dimensiones, no obstante, con este se pueden integrar diversos parámetros, tales como:^{30,33}

- Porcentaje de Pérdida Ósea.
- Tipo de Pérdida Ósea: vertical u horizontal.

7.2.1 Periodontograma como Herramienta Diagnóstica.

Carranza menciona que el registro clínico periodontal (Periodontograma) forma parte del examen periodontal completo, el cual es una forma gráfica de representar los parámetros antes mencionados, para facilitar el diagnóstico de la enfermedad periodontal, es utilizado en diferentes momentos de la atención periodontal, siendo estas las siguientes:³⁴

- Diagnóstico: es la forma en la que el paciente se presenta con nosotros, su primera exploración intraoral, sirve para poder planear el tratamiento.
- Reevaluación: después del tratamiento inicial, para comprobar o negar el funcionamiento de este.
- Seguimiento y Mantenimiento: en la fase de mantenimiento, permite monitorear la estabilidad o progresión de la enfermedad.

La evaluación continua de los parámetros clínicos facilita la detección de recaídas y la intervención oportuna, al estar en la fase de mantenimiento la comparación de los periodontogramas iniciales con los de seguimiento y mantenimiento nos arroja el curso que siguió la enfermedad.

7.3 Clasificación de Enfermedades Periodontales de 2018.

7.3.1 Antecedentes de las Clasificaciones.

A lo largo del tiempo, han existido diversas clasificaciones de las enfermedades periodontales, en busca de una mejor comprensión de estas y de un mejor acercamiento, la evolución de estas clasificaciones refleja un mejor conocimiento de la etiopatogenia de las enfermedades periodontales, facilitando su identificación, diagnóstico y tratamiento.

7.3.2 Estructura de la Clasificación de 2018

La clasificación publicada en 2018 (Tabla 1) fue una colaboración entre la AAP³⁵ y la EFP³⁶ basada totalmente en la información científica más fuerte disponible, logrando dar una clasificación organizada en enfermedades y condiciones, así mismo agregando un apartado de salud y enfermedades gingivales.²⁸

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y CONDICIONES PERIODONTALES Y PERIIMPLANTARIAS 2017										
Enfermedades y Condiciones Periodontales										
Salud periodontal, enfermedades y condiciones gingivales			Periodontitis			Otras condiciones que afectan al periodonto				
Chapple, Mealey, et al. 2018 Reporte de Consenso			Papapanou, Sanz et al. 2018 Reporte de Consenso			Jepsen, Caton et al. 2018 Reporte de Consenso				
Trombelli et al. 2018 Definiciones de Caso			Jepsen, Caton et al. 2018 Reporte de Consenso			Papapanou, Sanz et al. 2018 Reporte de Consenso				
			Tonetti, Greenwell, Kornman. 2018 Definiciones de Caso							
Salud periodontal / Salud gingival	Gingivitis: inducida por biopelícula dental	Enfermedades gingivales: no inducidas por biopelícula	Enfermedades periodontales necrosantes	Periodontitis	Periodontitis como manifestación de enfermedad sistémica	Enfermedades sistémicas o condiciones que afectan los tejidos de soporte periodontal	Abscesos periodontales y lesiones endodóntico-periodontales	Deformidades y condiciones mucogingivales	Fuerzas oclusales traumáticas	Factores relacionados con dientes y prótesis

Tabla 1: Traducción de la tabla utilizada por Caton y colaboradores en el artículo “A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions: Introduction and key changes from the 1999 classification”.

7.3.2.1 Salud Periodontal y Enfermedad Gingival.

7.3.2.1.1 Salud Periodontal.

La salud periodontal es la ausencia clínica de inflamación detectable, la cual puede ser encontrada en periodontos intactos que no han perdido hueso o nivel de inserción, así como en periodontos reducidos. Un periodonto que actualmente se encuentra tratado y estable, debe seguir en un constante monitoreo por su alto riesgo de recurrencia. La salud periodontal fue clasificada de la siguiente manera:³⁷

- Salud gingival clínica en periodonto intacto: ausencia de sangrado al sondaje, sin inflamación, no presenta síntomas y no existe pérdida de inserción ni de hueso, el nivel de hueso está entre 1-3mm apical a la UCE.
- Salud gingival clínica en periodonto reducido:

- Paciente periodontal estable: ausencia de sangrado al sondaje, sin inflamación y sin síntomas en periodonto reducido, aclarando su riesgo a la reincidencia.
- Paciente no periodontal (por recesión gingival o tratamiento de alargamiento de corona): ausencia de sangrado al sondaje, sin inflamación y sin síntomas, no existe evidencia de riesgo a desarrollar periodontitis.
- Salud gingival clínica en periodonto intacto después de tratamiento de gingivitis: ausencia de sangrado al sondaje, sin inflamación, no presenta síntomas y no existe pérdida de inserción ni de hueso.
- Salud gingival clínica después de tratamiento periodontal exitoso: ausencia de sangrado al sondaje, sin inflamación, no presenta síntomas, existe presencia de reducción de inserción y pérdida de hueso.

La salud periodontal independientemente de si es periodonto intacto o reducido fue definida como; $\leq 10\%$ de sangrado al sondaje con bolsas periodontales $\leq 3\text{mm}$ después del sondaje en 6 puntos de todos los órganos dentarios presentes.³⁷

7.3.2.1.2 Gingivitis.

Para poder ser definida de una manera más precisa, se dividió en 2 variantes, con sus diferentes separaciones:³⁷

- Gingivitis inducida por placa dentobacteriana: lesión inflamatoria resultado de la interacción entre la placa dentobacteriana y la respuesta inmune-inflamatoria del huésped, no se extiende más allá de la inserción periodontal y es reversible al eliminar la placa. Así mismo presenta subdivisiones:
 - Gingivitis en periodonto intacto y gingivitis en periodonto reducido en paciente no periodontal: sitios de sangrado $\geq 10\%$ con bolsas $\leq 3\text{mm}$, localizada entre 10%-30% y generalizada $\geq 30\%$ de sitios sondeados.

- Gingivitis en periodonto reducido en paciente con tratamiento periodontal exitoso: cuando no existe sangrado al sondaje y las bolsas periodontales son ≤ 4 mm, pero sigue manteniendo su calidad de alto riesgo de reincidencia.
- Gingivitis no inducida por placa dentobacteriana: existen diversas condiciones desarrollantes de gingivitis:
 - Desordenes Genéticos o de Desarrollo.
 - Por Infecciones.
 - Condiciones Inflamatorias e Inmunológicas.
 - Procesos Reactivos.
 - Neoplasias Premalignas y Malignas.
 - Problemas Endocrinos, Nutricionales y Metabólicos.
 - Lesiones por Trauma.
 - Pigmentación Gingival.

Existen determinantes que pueden alterar la severidad y la extensión de la gingivitis:³⁷

- Factores locales (predisponentes): incitan a la acumulación de placa en zonas determinadas, ya sea por lograr evitar su remoción en la limpieza diaria o generando zonas que aumentan el acúmulo de placa:
 - Factores retentivos.
 - Sequedad oral.
- Factores sistémicos (modificantes): factores que influyen de forma negativa la respuesta inflamatoria del paciente:
 - Fumar.
 - Diabetes.
 - Deficiencias nutricionales.
 - Fármacos.
 - Elevación de las hormonas sexuales.
 - Condiciones hematológicas.

Chapple y colaboradores remarcan que la transición entre la salud periodontal y la gingivitis es reversible, se puede pasar de uno al otro y viceversa, sin embargo, cuando se pasa de gingivitis a periodontitis, ya no se puede regresar a lo que fue, se puede estabilizar, contar con inflamación gingival o ser un paciente recurrente (Fig. 1).³⁷

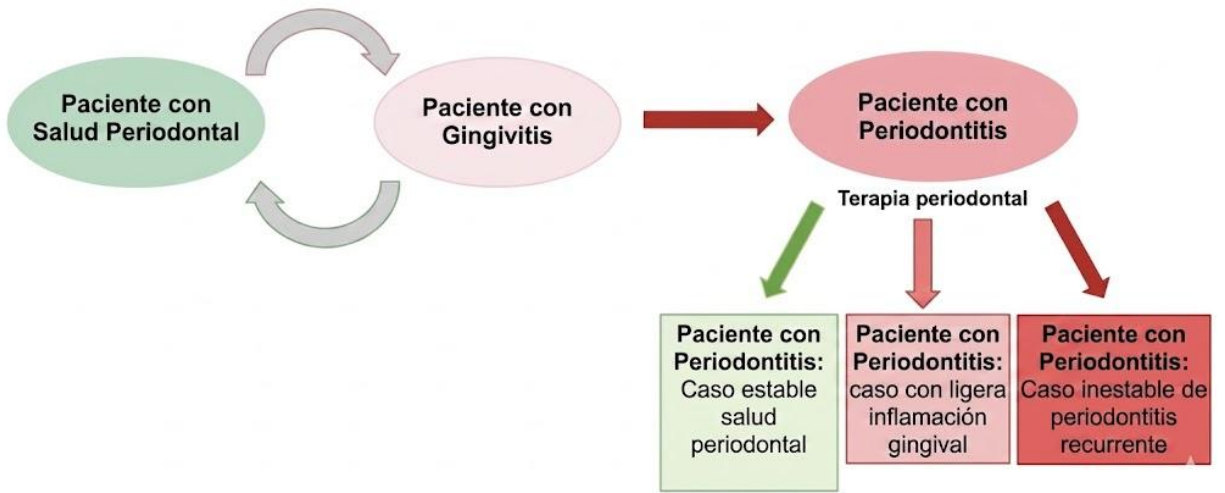


Fig. 1: Diagrama de la transición entre salud y enfermedad periodontal, traducción del diagrama utilizado por Chapple y colaboradores en el artículo "Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions".

7.3.2.2 Periodontitis.

La periodontitis es una enfermedad crónica y multifactorial, asociada con placa bacteriana que destruye los tejidos de soporte del diente, que se manifiesta de la siguiente manera:³⁸

- Pérdida de inserción clínica: es la distancia entre la UCE y la base de la bolsa periodontal.
- Presencia de bolsas periodontales.
- Sangrado al sondaje.
- Pérdida de hueso alveolar corroborado por radiografía.

La clasificación de enfermedad periodontal de 1999 reconocía 4 diferentes tipos de Periodontitis:^{16,37}

- Periodontitis crónica: periodontitis de avance lento.
- Periodontitis agresiva: era un grupo de diferentes tipos de periodontitis altamente destructivas que afectaban principalmente a personas jóvenes
- Periodontitis como manifestación de enfermedad sistémica: enfermedades que entre sus manifestaciones incluyen la periodontitis.
- Periodontitis necrotizante: era un grupo de diferentes tipos de periodontitis en las cuales el factor necrotizante era la pieza clave.

Esta clasificación que fue utilizada por casi 20 años carecía de diferenciación, generaba imprecisiones diagnósticas y era difícil de implementar, es por esto que el consenso de 2017 modificó la clasificación basándola en la fisiopatología de la enfermedad, estableciendo así tres formas diferentes de periodontitis:¹⁶

- Periodontitis necrotizante: caracterizada principalmente por dolor, presencia de úlceras y/o depósitos de fibrina en el margen gingival, con papilas “decapitadas” y en ocasiones exposición del hueso alveolar.
- Periodontitis como manifestación directa de enfermedades sistémicas: para este grupo se recomienda seguir la clasificación de la enfermedad primaria.
- Periodontitis: los diferentes casos de periodontitis comparten manifestaciones en mayor o menor rango de complejidad.

Así mismo en el consenso se propuso agregar diferentes elementos para complementar la clasificación, tales como:¹⁶

- Severidad: al menos engloba 2 dimensiones:
 - Complejidad del tratamiento: “la profundidad del sondaje, tipo de pérdida ósea, involucración de furca, movilidad dental, pérdida de órganos dentarios, colapso de la mordida y defectos del reborde residual incrementan la complejidad del tratamiento”
 - Extensión de la enfermedad: el número y la distribución de los dientes que han sido afectados periodontalmente.

- Grado de progresión: variabilidad en la que la periodontitis avanza en el paciente.
- Factores de riesgo: fumadores y diabéticos.
- Interrelación con estado general de salud: diferentes condiciones que pueden afectar el estado de salud por la periodontitis o agravar la periodontitis por el estado de salud.

7.3.2.2.1 Diagnóstico Periodontal.

Para lograr un correcto diagnóstico de la enfermedad periodontal se tomó como referencia la forma de diagnosticar de la Oncología basada en Estadios y Grados con diferentes objetivos (Tabla 2):¹⁶

- Estadios:
 - Clasificar la severidad y la extensión de la enfermedad, basado en la medición de los tejidos.
 - Evaluar la complejidad para controlar la enfermedad.
- Grados:
 - Estimar el riesgo de progresión de la enfermedad y la respuesta a la terapéutica, para poder tomar decisiones conforme al tratamiento y monitoreo.
 - Estimar el potencial impacto en la salud y viceversa para lograr una terapia cooperativa con diferentes gremios médicos.

7.3.2.2.1.1 Estadios.

Se definieron 4 estadios para diagnosticar la enfermedad periodontal:¹⁶

- Estadio I: es la frontera entre la gingivitis y la periodontitis, representa una etapa temprana en la pérdida de inserción, contempla lo siguiente:
 - La zona de mayor pérdida de inserción en interproximal de 1 a 2 mm.
 - La pérdida de hueso radiográficamente observada en el tercio coronal de la raíz $\leq 15\%$.
 - Sin pérdida de órganos dentarios debido a la enfermedad.

En su complejidad contempla lo siguiente:

- La profundidad de sondaje máxima es ≤ 4 mm.
 - En su mayoría pérdida ósea horizontal.
- Estadio II: representa una periodontitis establecida en la cual una exploración cuidadosa nos mostrará los daños que la enfermedad ha causado a los tejidos, contempla lo siguiente:
 - La zona de mayor pérdida de inserción en interproximal de 3 a 4 mm.
 - La pérdida de hueso radiográficamente observada en el tercio coronal de la raíz va del 15% al 33%.
 - Sin pérdida de órganos dentarios debido a la enfermedad.

En su complejidad contempla lo siguiente:

- La profundidad de sondaje máxima es ≤ 5 mm.
 - En su mayoría pérdida ósea horizontal.
- Estadio III: la periodontitis ha generado un daño significativo a los tejidos de sostén que dejado sin tratamiento la pérdida de órganos dentarios es inminente, contempla lo siguiente:
 - La zona de mayor pérdida de inserción en interproximal es ≥ 5 mm.
 - La pérdida de hueso radiográficamente se extiende al tercio medio o apical de la raíz.
 - 4 o menos órganos dentarios perdidos por periodontitis.

En su complejidad contempla lo siguiente:

- La profundidad de sondaje es ≥ 6 mm.
 - Pérdida ósea vertical ≥ 3 mm.
 - Involucración de la furca de clase II o III.
 - Defectos del reborde residual moderados.
- Estadio IV: el estadio más avanzado causando una gran destrucción de los tejidos y pérdida de órganos dentarios significativa, con esto se pierde la función masticatoria, contempla lo siguiente:
 - La zona de mayor pérdida de inserción en interproximal es ≥ 5 mm.

- La pérdida de hueso radiográficamente se extiende al tercio medio o apical de la raíz.
- 5 o más órganos dentarios perdidos por periodontitis.

En su complejidad contempla lo siguiente:

- La profundidad de sondaje es ≥ 6 mm.
- Pérdida ósea vertical ≥ 3 mm.
- Involucración de la furca de clase II o III.
- Defectos del reborde residual severos.
- Requiere rehabilitación compleja.
- Disfunción masticatoria.
- Trauma oclusal secundario, con movilidad dentaria grado 2 o mayor.
- Colapso de mordida.
- Menos de 20 órganos dentarios se mantienen en boca.

En cada estadio se describe la extensión como localizada si es $\leq 30\%$ y generalizada si lo supera.

La presencia de algún factor que aumente la complejidad, el estadio deberá ser modificado, ejemplificando si un paciente presenta 3mm de pérdida de inserción interproximal sería un estadio II, pero sí además presenta involucración de la furca, automáticamente se convierte en un estadio III.¹⁶

7.3.2.2.1.2 Grados.

Independientemente del estadio de la enfermedad, puede progresar de diferentes maneras y responder de una manera no predecible al tratamiento, involucra también factores de riesgo tales como el tabaquismo y la diabetes que afectan la evolución de la enfermedad e igualmente contempla el riesgo de afectación sistémica, se contemplaron 3 diferentes grados:¹⁶

- Grado A, criterios primarios:

- No presenta pérdida ósea radiográfica en 5 años.
- Su porcentaje de pérdida ósea por la edad es $<.25\%$
- Presenta grandes depósitos de placa dentobacteriana con un nivel de destrucción bajo.

En los factores de riesgo presenta lo siguiente:

- No es fumador.
- No ha sido diagnosticado con diabetes.

En el riesgo de afectación sistémica presenta:

- Proteína C reactiva de alta sensibilidad $<1\text{mg/L}$.

- Grado B, criterios primarios:

- Su pérdida ósea radiográfica es $<2\text{mm}$ en 5 años.
- Su porcentaje de pérdida ósea por la edad va de $.25\%$ a 1% .
- Presenta grandes depósitos de placa dentobacteriana con un nivel de destrucción alto.

En los factores de riesgo presenta lo siguiente:

- Fumador de <10 cigarrillos al día.
- Presenta niveles de Hemoglobina Glicosilada $<7.0\%$ ya siendo paciente diagnosticado con diabetes.

En el riesgo de afectación sistémica presenta:

- Proteína C reactiva de alta sensibilidad de 1 a 3mg/L .

- Grado C, criterios primarios:

- Su pérdida ósea radiográfica es $>2\text{mm}$ en 5 años.
- Su porcentaje de pérdida ósea por la edad es $>1\%$.
- Presenta un nivel de destrucción mayor al esperado por los depósitos de placa dentobacteriana.

En los factores de riesgo presenta lo siguiente:

- Fumador de 10 o más cigarrillos al día.
- Presenta niveles de Hemoglobina Glicosilada $\geq 7.0\%$ ya siendo paciente diagnosticado con diabetes.

En el riesgo de afectación sistémica presenta:

- Proteína C reactiva de alta sensibilidad >3 mg/L.

La presencia de los factores de riesgo por si solos son modificadores del grado, esto quiere decir que, si en los criterios primarios el paciente se encuentra en Grado A, pero fuma más de 10 cigarrillos al día, automáticamente se convierte en Grado C.¹⁶

Estadio de periodontitis		Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Severidad	CAL interdental en el sitio de mayor pérdida	1 a 2 mm	3 a 4 mm	≥5 mm	≥5 mm
	Pérdida ósea radiográfica	Tercio coronal (<15%)	Tercio coronal (15% a 33%)	Extendiéndose al tercio medio o apical de la raíz	Extendiéndose al tercio medio o apical de la raíz
	Pérdida dental	No hay pérdida dental debida a periodontitis	No hay pérdida dental debida a periodontitis	Pérdida dental debida a periodontitis de 1 a 4 dientes	Pérdida dental debida a periodontitis de ≥5 dientes
Complejidad	Local	Profundidad máxima al sondaje ≤4 mm	Profundidad máxima al sondaje ≤5 mm	Además de la complejidad del estadio II: Profundidad al sondaje ≥6 mm Pérdida ósea vertical ≥3 mm	Además de la complejidad del estadio III: Necesidad de rehabilitación compleja debido a: Disfunción masticatoria Trauma oclusal secundario (movilidad dental grado ≥2) Defecto severo de la cresta Colapso de la mordida, deriva, abfracción Menos de 20 dientes restantes (10 pares antagonistas)
		Principalmente pérdida ósea horizontal	Principalmente pérdida ósea horizontal	Compromiso de furcación Clase II o III Defecto moderado de la cresta	
Extensión y distribución	Agregar al estadio como descriptor	Para cada estadio, describir la extensión como localizada (<30% de los dientes afectados), generalizada o patrón molar/incisivo			
Grado de periodontitis		Grado A: Ritmo lento de progresión		Grado B: Ritmo moderado de progresión	Grado C: Ritmo rápido de progresión
Criterios primarios	Evidencia directa de progresión	Datos longitudinales (pérdida ósea radiográfica o CAL)	Evidencia de ausencia de pérdida durante 5 años	≥2 mm en 5 años	≥2 mm en 5 años
	Evidencia indirecta de progresión	% pérdida ósea/edad	<0.25	0.25 a 1.0	>1.0
		Fenotipo del caso	Depósitos abundantes de biopelícula con bajos niveles de destrucción	Destrucción acorde con los depósitos de biopelícula	Destrucción que excede las expectativas según los depósitos de biopelícula; patrones clínicos específicos sugestivos de periodos de rápida progresión y/o enfermedad de inicio temprano (p. ej., patrón molar/incisivo; falta de respuesta esperada a las terapias antibacterianas estándar)
Modificadores del grado	Factores de riesgo	Tabaquismo	No fumador	Fumador <10 cigarrillos/día	Fumador ≥10 cigarrillos/día
		Diabetes	Normoglucemia / sin diagnóstico de diabetes	HbA1c <7.0% en pacientes con diabetes	HbA1c ≥7.0% en pacientes con diabetes
Riesgo de impacto sistémico de la periodontitis ^a	Carga inflamatoria	PCR de alta sensibilidad (hsCRP) elevada	<1 mg/L	1 a 3 mg/L	>3 mg/L
Biomarcadores	Indicadores de pérdida ósea/CAL	Saliva, fluido crevicular gingival, suero	?	?	?

Tabla 2: Diagnóstico Periodontal por Estadio y Grado, traducida de la tabla utilizada por Tonetti y colaboradores en el artículo "Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition".

7.3.3 Implicaciones Diagnósticas en la Práctica Clínica.

La periodontitis es una enfermedad que progresa mediante periodos de exacerbación y remisión, por lo cual es complicado que existan métodos diagnósticos que informen el momento en que habrá una agudización del cuadro clínico. Para poder obtener un diagnóstico, así como un plan de tratamiento correcto se deben tomar en cuenta diversos puntos; desde la queja principal del paciente (Motivo de consulta), su historia dental, su historial médico para saber enfermedades presentes y medicación, los antecedentes familiares, sus hábitos de higiene y si es que es paciente fumador.³³

Clínicamente la mejor herramienta diagnóstica que existe es el periodontograma, igualmente cumple una función para con el paciente, al poder enseñarle gráficamente el estado en el cual se encuentra su patología. Un correcto examen diagnóstico incluye el sondaje en 6 diferentes puntos de cada órgano dentario presente (3 por vestibular y 3 por lingual o palatino), aplicando una fuerza de entre 0.2-0.3N³⁹ (como referencia se usa una sonda y es la fuerza necesaria para generar isquemia al presionar con la sonda sobre la uña) con esto buscaremos los siguientes criterios³³:

- Margen gingival: es la distancia milimétrica desde el margen gingival clínico hasta la UCE, en este criterio puede existir una recesión o una hiperplasia gingival.
- Profundidad de sondaje: es la distancia milimétrica desde el margen gingival clínico hasta el fondo del surco o la bolsa periodontal.
- Nivel de inserción: es el resultado de la resta o la suma de la profundidad de sondaje \pm el margen gingival dependiendo si hay recesión o hiperplasia gingival y es en donde se encuentra la inserción de los tejidos al órgano dentario (Ej. En un diente con recesión gingival de 3mm y una profundidad de sondaje de 4mm, el Nivel de Inserción es 7mm) (Fig.2)
- Sangrado al sondaje: se debe marcar cada punto en el cual exista presencia de sangrado en los primeros 10 segundos después de realizado el sondaje.

- Involucración de furca: para realizar el correcto sondaje en los órganos dentarios multirradiculares se debe utilizar una sonda curva (Sonda Nabers) con la cual se medirá que tan afectada está, otorgando una graduación:
 - Grado 0: no sondable.
 - Grado 1: componente horizontal de sondaje $\leq 3\text{mm}$.
 - Grado 2: componente horizontal de sondaje $>3\text{mm}$ sin cruzar el espesor.
 - Grado 3: componente horizontal de sondaje: Cruza desde vestibular hasta palatino o lingual.
- Movilidad: se sostiene el órgano dentario entre dos instrumentos y se mueve en sentido vestibulo-lingual o vestibulo-palatino y se otorga una graduación:
 - Grado 0: movilidad fisiológica normal $<2\text{mm}$.
 - Grado 1: movilidad aumentada hasta 1mm horizontalmente.
 - Grado 2: movilidad aumentada en más de 1mm horizontalmente.
 - Grado 3: movilidad severa verticalmente.

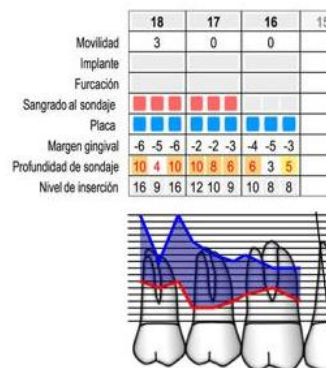


Fig. 2: Obtención de nivel de inserción en periodontograma ($10 - (-6) = 16$), imagen obtenida del periodontograma en línea de la Universidad Berna (Paciente simulado).

7.3.4 Importancia del Análisis Radiográfico.

El abordaje clínico otorga al profesional, la información fundamental observable, sin embargo, con esto no es posible conocer el estado del hueso alveolar, siendo esto crucial para poder diagnosticar diferentes condiciones periodontales. La mejor forma radiográfica recomendada para el diagnóstico periodontal es la serie de radiografías periapicales, la cual nos da información relevante como³³:

- Depósitos subgingivales de cálculo dental.
- Morfología radicular.
- Lesiones periapicales.
- Pérdida ósea.

La Ortopantomografía también es una herramienta útil en Periodontología, la cual da una visión completa de los huesos maxilares y la mandíbula, sin embargo, se recomienda complementar su uso con periapicales de sitios específicos.⁴⁰ Si bien existen limitantes en las radiografías periapicales por ser 2D, aún no existe evidencia suficiente para decir que el uso de Tomografías Computarizadas de Haz Cónico (CBCT, por sus siglas en inglés) sea la mejor opción para todos los pacientes.³³

7.4 Calidad Documental y Evaluación de Instrumentos Clínicos.

7.4.1 Evaluación Estructural de Formatos Clínicos.

La adecuada integración y evaluación de los formatos clínicos en el sector salud se sustenta, en primera instancia, en el cumplimiento de disposiciones normativas que regulan la elaboración y el manejo del expediente clínico, la NOM-004 es la que establece los criterios obligatorios para la integración, uso y conservación del expediente, así mismo señala que la información contenida en él debe ser completa, ordenada, veraz y legible y enfatiza que todos los registros clínicos deben garantizar la continuidad de la atención y servir como instrumento médico-legal.²

La evaluación estructural de estos formatos implica el análisis de su organización, contenido, legibilidad y cumplimiento normativo, para verificar su cumplimiento de los requisitos establecidos por la legislación vigente y además que sean funcionales durante la práctica clínica. En este sentido en México existen modelos como el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) que proponen indicadores como la integridad, coherencia y utilidad de la información contenida en los registros clínicos para valorar su calidad.⁴¹

De igual manera organismos como la AAP y EFP destacan la importancia de contar con registros periodontales completos, estructurados y reproducibles, como parte de la evaluación periodontal integral, estos registros no solo permiten evaluar la severidad y extensión de la enfermedad periodontal, sino también monitorear la evolución del paciente y evaluar su respuesta al tratamiento.^{42,43}

En conjunto, la evaluación estructural de los formatos clínicos periodontales representa una herramienta clave para mejorar la calidad de la atención odontológica, al integrar los principios normativos con los requerimientos clínicos propios de la periodoncia. Su adecuada aplicación permite optimizar el diagnóstico, facilitar la toma de decisiones terapéuticas y fortalecer la documentación clínica como respaldo legal del ejercicio profesional.

Las listas de cotejo para la evaluación de formatos clínicos en México se encuentran sustentada desde modelos como MECIC⁴¹, que permite evaluar los formatos clínicos de los establecimientos de prestación de servicio de salud en concordancia con la NOM-004², uniendo esto con los criterios diagnósticos necesarios para un correcto formato periodontal, las listas de cotejo resultan especialmente útiles ya que permiten verificar de manera objetiva la presencia o ausencia de elementos específicos dentro de los formatos clínicos.

La integración de los ítems de la lista de cotejo, basada en criterios previamente definidos contemplando las necesidades de cumplimiento normativo y necesidades para el correcto diagnóstico periodontal, facilita la estandarización de la evaluación y mejora la confiabilidad de los resultados al reducir la variabilidad entre los evaluadores, es por esto que las listas de cotejo resultan ser una herramienta práctica para identificar omisiones y áreas de oportunidad en la integración del expediente clínico, favoreciendo la mejora continua de la calidad de la atención.

7.5 Formación Clínica en Pregrado y Congruencia Curricular.

La historia clínica no es solo el documento esencial para la atención del paciente, sino y como se menciona en la NOM-004 el expediente clínico cuenta con uso de enseñanza e investigación en la formación de profesionales de la salud. Bajo un enfoque de formación, la historia clínica constituye una herramienta que permite al estudiante desarrollar pensamiento crítico, habilidades clínicas y capacidad de integración diagnóstica, sistematizando la información obtenida durante la atención al paciente.²

El contacto con pacientes es donde el estudiante pone a prueba todos los conocimientos adquiridos en sus años preclínicos, con este los estudiantes desarrollan habilidades comunicativas, aptitudes profesionales, empatía y el desarrollo del razonamiento clínico.⁴⁴ Es este último en el cual el expediente clínico se ve involucrado, ya que deben integrar una correcta historia clínica, correcto interrogatorio, integrar datos clínicos, signos y síntomas para poder dar un diagnóstico adecuado y generar un plan de tratamiento pertinente.

Es fundamental que en los años de formación haya una correcta relación entre el programa académico y las herramientas de registro clínico, es decir, al alumno se le debe enseñar la correcta integración de un expediente clínico y el correcto llenado de la historia clínica, que va desde lo normativo hasta la organización

de la información clínica para llegar al diagnóstico correcto y asegurar la mayor calidad de atención.

VIII.MATERIAL Y MÉTODO

- **Tipo de Estudio:** Observacional
- **Diseño:** Descriptivo y cuantitativo
- **Unidad de análisis:** Formato institucional vigente de historia clínica periodontal utilizado en la Licenciatura de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la UAEMéx (Anexo 1).
- **Instrumento:** Lista de cotejo estructurada con respuesta dicotómica (Anexo 2):
0 = No cumple.
1 = Cumple.
- **Dominios evaluados:**
 - a) Criterios normativos esenciales:**
 - Identificación del paciente.
 - Nombre completo.
 - Sexo.
 - Edad.
 - Fecha de nacimiento.
 - Domicilio.
 - Motivo de consulta.
 - Antecedentes heredofamiliares y personales patológicos.
 - Padecimientos previos.
 - Antecedentes no patológicos.
 - Vivienda.
 - Dieta.
 - Higiene.
 - Ocupación.
 - Actividad física.
 - Entorno sociofamiliar.
 - Diagnóstico registrado.
 - Interrogatorio de aparatos y sistemas.

- Exploración física.
 - Cabeza y cuello.
 - Cavidad oral.
 - Signos vitales.
 - Peso y talla.
- Odontograma y Periodontograma.
 - De ingreso.
 - De seguimiento.
- Plan de tratamiento documentado.
- Consentimiento informado.
- Firma del paciente y odontólogo tratante.
- Notas de evolución.
 - Fecha.
 - Actividad realizada.
 - Evolución y actualización del cuadro clínico.
 - Signos vitales.
 - Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.
 - Resultados e interpretación de auxiliares diagnósticos.
 - Tratamiento, indicaciones y farmacoterapia.
 - Nombre y firma del odontólogo tratante y del paciente o representante.

b) Criterios diagnósticos periodontales:

- Componentes del Periodontograma:
 - Registro de profundidad de sondaje.
 - Registro de margen gingival a unión cemento-esmalte.
 - Registro de nivel de inserción clínica.
 - Registro de sangrado al sondaje.
 - Involucración de furca.
 - Registro de movilidad y pérdida dental.
- Registro radiográfico estructurado.

- Anchura del espacio del ligamento periodontal.
 - Ausencia de lámina dura.
 - Tipo de pérdida ósea.
 - Lesiones en furca.
 - Presencia de cálculo dental.
 - Índice de higiene oral.
 - Campo para diagnóstico periodontal.
 - Campo para estadiar.
 - Campo para graduar.
- **Variable dependiente:** Nivel de cumplimiento del formato institucional de historia clínica periodontal.
- Fórmula: Cumplimiento= (Ítems presentes/Total de ítems evaluados) x 100
- **Variables independientes:** Criterios normativos esenciales y Criterios diagnósticos periodontales.
- **Procedimiento:** Se realizó una lista de cotejo estructurada (Anexo 2), dividida en dos mayores criterios; normativos del expediente clínico en México² y los criterios diagnósticos periodontales de acuerdo con el consenso de 2017²⁸, cuatro evaluadores independientes realizaron el análisis del formato de historia clínica utilizado en la clínica de Periodontología en la formación de pregrado de la Facultad de Odontología de la UAEMéx (Anexo 1) para determinar el nivel de cumplimiento de este, permitiendo identificar fortalezas y áreas de oportunidad, los resultados fueron analizados por medio de estadística descriptiva.
- **Análisis estadístico:**
- Estadística descriptiva.
 - Cálculo de índice de cumplimiento por dominio.
 - Comparación del cumplimiento global.
 - Análisis de concordancia por coeficiente Kappa de Fleiss.

(Fórmula: $\kappa = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$)

- **Consideraciones bioéticas:** El estudio no involucra pacientes ni información confidencial. Se clasifica como investigación sin riesgo.

IX.RESULTADOS

Criterios Normativos

La sección "Identificación del paciente" cuenta con 7 ítems totales (nombre, sexo, edad, fecha de nacimiento, domicilio, motivo de consulta y antecedentes heredofamiliares) de los cuales los 4 evaluadores estuvieron de acuerdo en que el formato cuenta con la presencia de 4 de ellos; Nombre, sexo, edad y motivo de consulta. (Fig. 3)

La sección "Antecedentes personales patológicos" cuenta con 4 ítems (uso y dependencia del alcohol, uso y dependencia de tabaco, uso y dependencia de sustancias, padecimientos sistémicos y bucales previos) en el cual los evaluadores igualmente estuvieron de acuerdo en el cumplimiento de 3 de ellos, siendo padecimientos sistémicos y bucales previos el faltante. (Fig. 3)

La sección "Antecedentes no patológicos" cuenta con 8 ítems (vivienda, dieta, higiene, ocupación, actividad física, entorno familiar, diagnóstico registrado e interrogatorio de aparatos y sistemas) de los cuales un evaluador marcó la presencia de 3 ítems; siendo higiene, diagnóstico registrado e interrogatorio de aparatos y sistemas los ítems presentes, dos evaluadores estuvieron de acuerdo en la presencia de 2; siendo diagnóstico registrado e interrogatorio de aparatos los ítems presentes y el evaluador restante únicamente marcó el cumplimiento de 1 de los ítems; siendo interrogatorio de aparatos y sistemas el presente, esta sección presentó una media de 2 ítems de cumplimiento entre los 4 evaluadores. (Fig. 3)

La sección "Exploración física" cuenta con 4 ítems (cabeza y cuello, signos vitales, peso y talla y cavidad oral), en la cual para 2 de los evaluadores no están presentes y los otros dos evaluadores consideran presente la exploración de cavidad oral, esta sección presentó una media .5 ítems de cumplimiento entre los 4 evaluadores. (Fig. 3)

La sección “Odontograma y Periodontograma” cuenta con 5 ítems (de inicio, de seguimiento, plan de tratamiento documentado, consentimiento informado, firma del paciente y el odontólogo tratante) 3 de los evaluadores consideraron presentes 3 de ellos, colocando ausentes; odontogramas y periodontograma de seguimiento, las firmas del paciente y del odontólogo, para un evaluador no cumplió esta sección, esta sección presentó una media de 2.3 ítems de cumplimiento entre los 4 evaluadores. (Fig. 3)

La sección “Notas de evolución” es la última sección de los criterios normativos, la cual cuenta con 8 ítems (fecha, actividad realizada, evolución y actualización del cuadro clínico, signos vitales; diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento; resultados e interpretación de auxiliares diagnósticos; tratamiento, indicaciones y farmacoterapia; nombre y firma del odontólogo tratante y del paciente) los 4 evaluadores la consideran ausente. (Fig. 3)

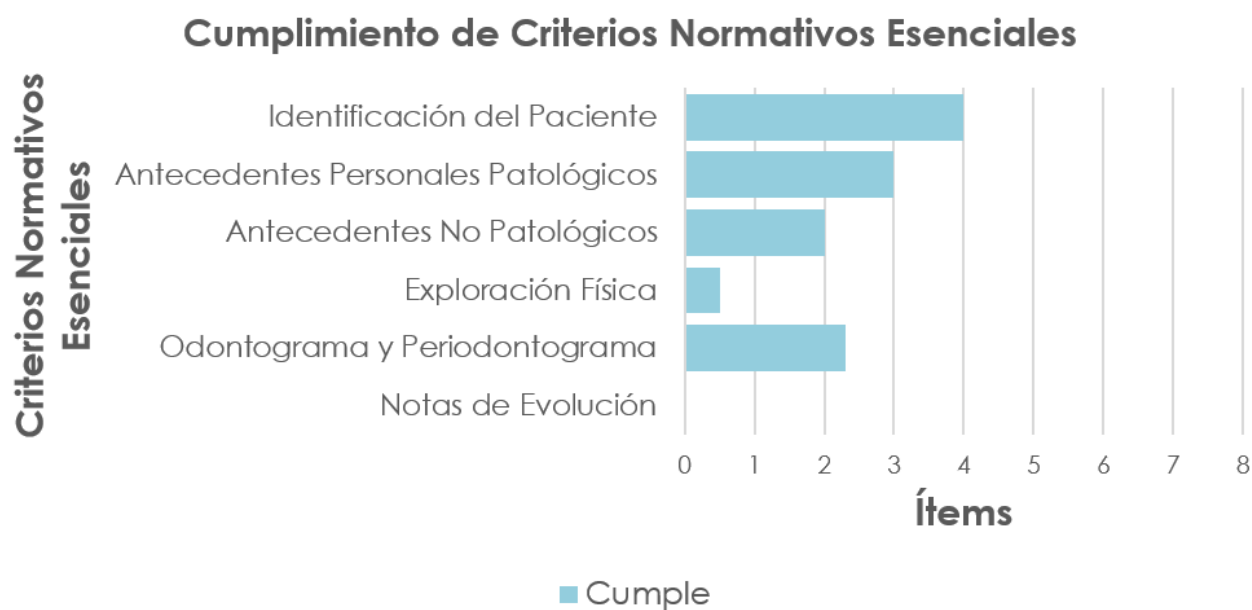


Fig. 3: Gráfico de nivel de cumplimiento de Criterios Normativos.

Criterios Diagnósticos.

La sección de "Componentes del Periodontograma" cuenta con 7 ítems (registro de profundidad de sondaje, registro de margen gingival a UCE, registro de nivel de inserción clínica, registro de sangrado al sondaje, involucración de furca, registro de movilidad y pérdida dental e índice de higiene oral) dos de los evaluadores consideraron 5 ítems presentes, marcando como no presentes la involucración de furca y el registro de movilidad y pérdida dental, los otros dos evaluadores consideraron que 6 ítems se encuentran presentes, únicamente marcando la falta de involucración de furca, esta sección presentó una media 5.5 ítems de cumplimiento entre los 4 evaluadores. (Fig. 4)

La sección "Registro radiográfico estructurado" cuenta con 5 ítems (anchura del espacio del ligamento periodontal, ausencia de lámina dura, tipo de pérdida ósea, lesiones en furca, presencia de cálculo dental) uno de los evaluadores consideró que esta sección es correcta en el formato, mientras que los otros 3 consideran presentes 3 ítems, marcando como faltantes la ausencia de lámina dura y la presencia de cálculo dental, esta sección presentó una media de 3.5 ítems de cumplimiento entre los 4 evaluadores. (Fig. 4)

La sección de "Registro diagnóstico" fue la última sección de criterios diagnósticos, la cual cuenta con 3 ítems (campo para diagnóstico periodontal, campo para estadiar y campo para graduar) en esta sección los 4 evaluadores consideraron presente 1 ítem, siendo este el campo para diagnóstico. (Fig. 4)

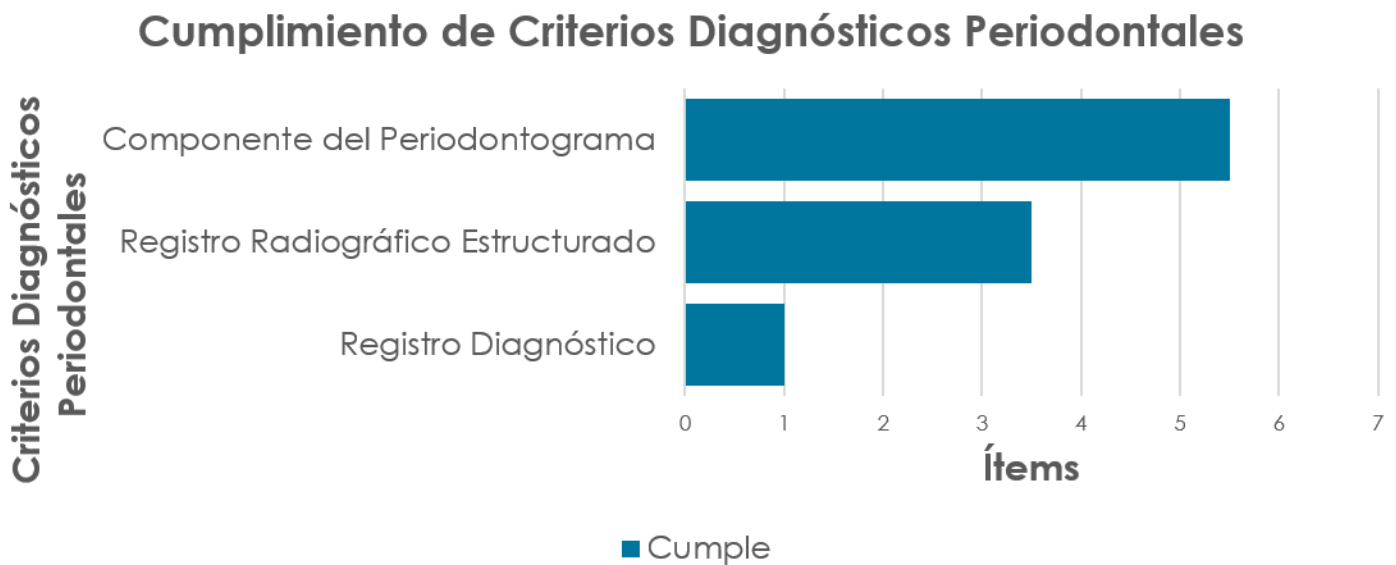


Fig. 4: Gráfico de nivel de cumplimiento de Criterios Diagnósticos.

Los resultados generales de la lista de cotejo aplicada a 4 evaluadores independientes nos arrojaron una media de ítems presentes de 21.8 siendo 21, 23, 22, 21 los ítems presentes respectivos a cada evaluador. (Tab. 3) El dominio de Criterios Normativos Esenciales obtuvieron un promedio de 11.8 ítems presentes, mientras que los Criterios Diagnósticos Periodontales obtuvieron 10 ítems presentes como promedio. (Fig. 5)

Se obtuvo una desviación estándar de 1.86 lo cual demuestra una buena consistencia en los registros de los evaluadores, igualmente se obtuvo un nivel alto de concordancia, valorada mediante Kappa de Fleiss, obteniendo un resultado de 0.81 el cual nos indica que es un acuerdo casi perfecto entre los 4 evaluadores.

Cumplimiento

Evaluador	Ítems (51)
1	21
2	23
3	22
4	21
Media	21.8

Tab. 3: Ítems cumplidos por evaluador y media general.

Cumplimiento por Dominios

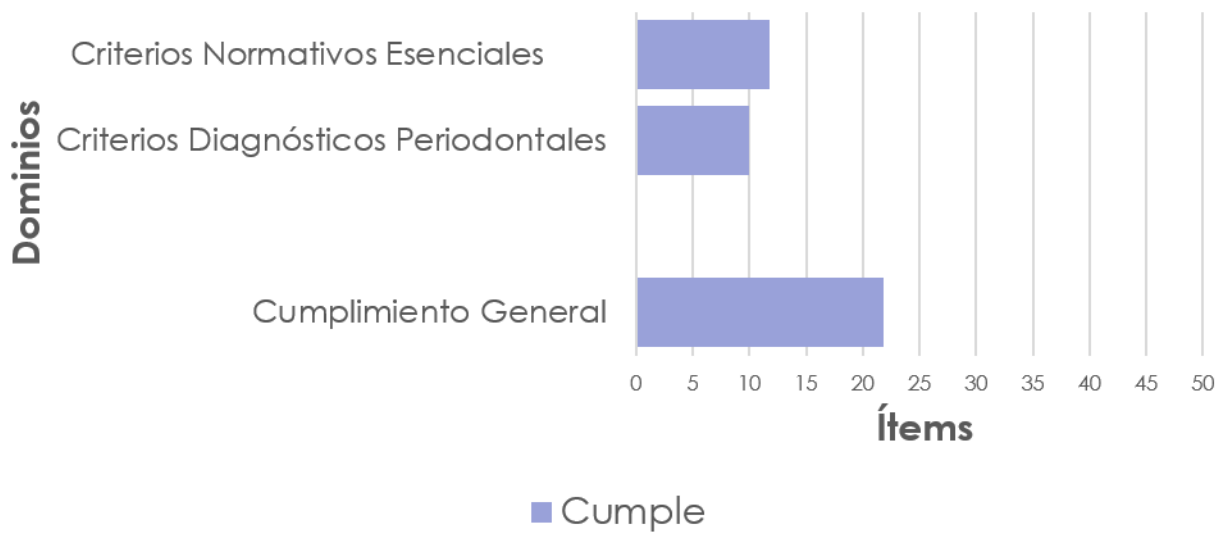
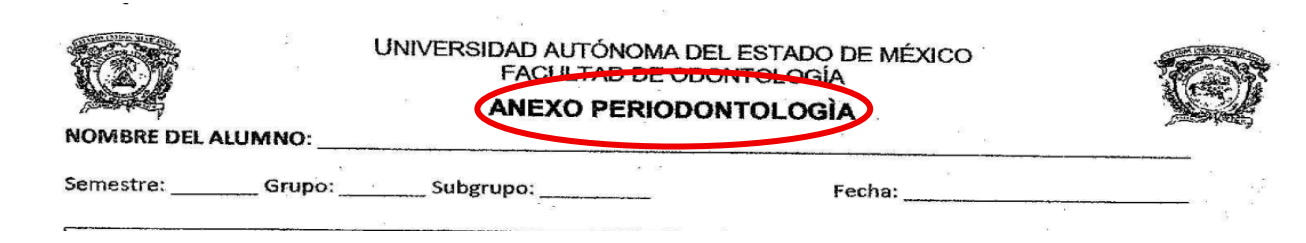


Fig. 5: Gráfica del nivel de cumplimiento por dominios y general.

X.DISCUSIÓN

El formato utilizado en la clínica de Periodontología de pregrado de la Facultad de Odontología es un denominado "Anexo" (Fig.6), el cual por sí solo no cuenta con los criterios normativos ni los diagnósticos mínimos, consultando con los alumnos de los diferentes grupos de la clínica comentaron que ese es el formato que se les solicita llenar.



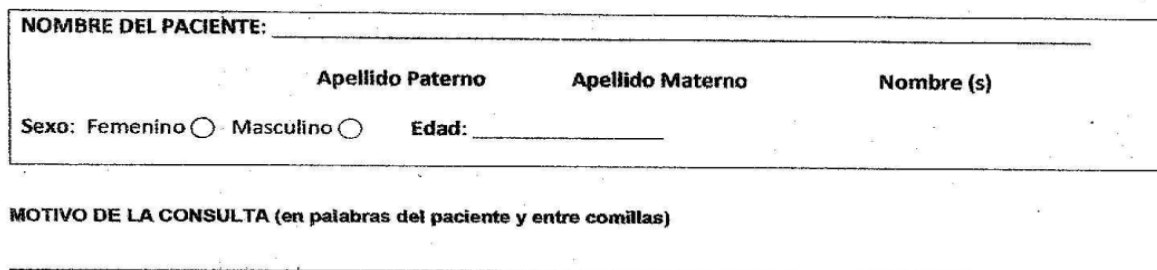
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
ANEXO PERIODONTOLÓGIA

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

Semestre: _____ Grupo: _____ Subgrupo: _____ Fecha: _____

Fig. 6: Anexo Periodontología de la Facultad de Odontología de la UAEMéx.

En la sección "**Identificación del paciente**" (Fig. 7) resaltó la falta de espacio de registro de la fecha de nacimiento, otro para el domicilio del paciente y más importante, no incluye el interrogatorio de antecedentes heredofamiliares, las dos primeras son anotaciones que se enlistan en las normas mexicanas; NOM-004² y NOM-013¹¹ como indispensables, así mismo el interrogatorio de antecedentes heredofamiliares, se incluye en ambas normas y ayuda a identificar riesgos genéticos.



NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
_____	_____	_____


Sexo: Femenino Masculino Edad: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA (en palabras del paciente y entre comillas)


Fig. 7: Sección identificación del paciente del Anexo de Periodontología de la UAEMéx.

En la sección "**Antecedentes personales patológicos**" (Fig.8) el ítem faltante fue padecimientos sistémicos y bucales previos, igualmente es uno de los puntos indispensables de la NOM-013¹¹ con el cual conoceremos, si es que el paciente cursa alguna enfermedad y si está bajo tratamiento médico, además de

considerar tratamientos dentales previos, en esta sección se consideran las toxicomanías, las cuales sí están registradas sin embargo, de acuerdo a las normas mexicanas^{2,11} se requiere de un espacio para especificar si el paciente es consumidor de alguna mencionando la periodicidad, cantidad y el tipo de sustancia.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ANEXO PERIODONTOLÒGIA



Fuma, toma alcohol o alguna droga	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>
Lo han operado	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>
Osteoporosis	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>

Fig. 8: Antecedentes Personales Patológicos del Anexo de Periodontología de la UAEMéx.

La sección “**Antecedentes no patológicos**” (Fig.9) es una de las secciones que dividió a los evaluadores, si bien, existen los criterios de higiene y diagnóstico registrado, tienen oportunidades de mejora, por ejemplo, de acuerdo con la NOM-013¹¹ el apartado de higiene debe incluir; aseo personal y frecuencia, cepillado dental, frecuencia, uso de auxiliares y especificarlos. Además, el Anexo no cuenta con el apartado de vivienda y su descripción, dieta, ocupación, actividad física y entorno familiar, todo esto es necesario para saber el contexto del paciente y poder darle una mejor asesoría sobre su padecimiento.

ÚNICAMENTE MUJERES

Esta embarazada o toma algún medicamento hormonal NO SI

Alguna otra enfermedad no mencionada antes: _____

DIAGNÓSTICO SISTÉMICO (Resume qué enfermedades presenta tu paciente)

EXAMEN PERIODONTAL

¿El paciente se cepilla? NO SI 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día

¿El paciente usa hilo dental? NO SI 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día

Utiliza algún enjuague bucal NO SI ¿Cuál? _____

Fig. 9: Componentes de la sección Antecedentes No Patológicos del Anexo de Periodontología de la UAEMéx.

El Interrogatorio por aparatos y sistemas (Fig.10) necesita ser más desarrollado de acuerdo con la normatividad^{2,11}, con una mayor cantidad de ejemplos de patologías por aparato o sistema y es necesario un espacio en el cual se pueda plasmar, si es que presenta algún síntoma, periodicidad, tratamiento, especificidad, duración, tiempo de la última vez que lo presentó, etc.

A. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Rellena el círculo que indica si el paciente ha tenido o presenta alguna de las siguientes condiciones. En caso de ser positivo describe ¿cuál?, ¿desde cuándo? Y ¿cómo se controla?

Su salud general es	Buena <input type="radio"/>	Regular <input type="radio"/>	Mala <input type="radio"/>
Toma algún medicamento ¿cuál? _____	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	
Alergias a algún medicamento, alimento o anestésico	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	
Enfermedades respiratorias (asma, tuberculosis, EPOC, enfisema, otras)	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	
Enfermedades del corazón (infartos, fiebre reumática, válvulas, otras)	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	
Hipertensión o Hipotensión arterial	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	
Hepatitis, cirrosis o alguna otra enfermedad hepática	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	
Gastritis, colitis o úlceras gástricas	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	
Enfermedades de transmisión sexual (VIH, sífilis, gonorrea, papiloma)	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	
Anemia, leucemia, transfusiones de sangre	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	
Enfermedades endocrinológicas (diabetes, hiper o hipotiroidismo)	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	
Enfermedades renales o de vías urinarias	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	
Alguna vez a convulsionado o se encuentra en tratamiento psiquiátrico	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	
Cáncer o tumores	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	

Fig. 10: Interrogatorio de Aparatos y Sistemas del Anexo de Periodontología de la UAEMéx.

La sección “**Exploración física**” (Fig. 11) fue de las secciones que obtuvo la menor media, De acuerdo con la NOM-013¹¹ la exploración física en la historia clínica odontológica debe incluir como mínimo; exploración de cabeza y cuello, signos vitales, peso y talla y exploración de la cavidad oral. Contamos con un apartado de “Características clínicas del tejido gingival” el cual no es una evaluación completa de la cavidad oral y resalta la ausencia de los criterios antes mencionados.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEJIDO GINGIVAL

	COLOR	CONTORNO	CONSISTENCIA	TEXTURA
	Rojo, violeta, marrón, rosa coral, negro, grisáceo	Festoneado, plano, erosionado	Blanda, firme	Lisa y brillante o con puntillado de cáscara de naranja
Sextante 1				
Sextante 2				
Sextante 3				
Sextante 4				
Sextante 5				
Sextante 6				

Fig. 11: Componente presente de Exploración Física del Anexo de Periodontología de la UAEMéx.

La sección “**Odontograma y Periodontograma**” (Fig.12) si bien, el anexo cuenta con un periodontograma de inicio no cuenta con el de seguimiento ni ninguno de los odontogramas, de acuerdo con la NOM-013¹¹ debe incluir un odontograma y un periodontograma de inicio en el cual se establece la forma en la que el paciente se presenta, así como un odontograma y un periodontograma de seguimiento que será el cómo se dará de alta, aun cuando en Periodontología el paciente no recibe alta, sino pasa a etapa de mantenimiento para evitar recurrencias⁴⁵. La integración de los odontogramas facilita el registro del estado en el que se encuentran los órganos dentarios; si es que presentan alguna malposición, fractura o restauración, la presencia de alguna de estas es un factor predisponente a la retención de placa dentobacteriana, siendo esta el factor fundamental en la etiología de la enfermedad.⁴⁶

El consentimiento informado encontrado carece de los criterios normativos que se detallan en la Normatividad^{2,11}, igualmente no se cuenta con el espacio de firma del alumno tratante y el odontólogo encargado.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Valoración inicial Revaloración Parámetros finales/alta

SAS/SUP												
UCE/ MG												
NIC												
PS												

VESTIBULAR

MOV

PALATINO

PS												
NIC												
UCE/ MG												
SAS/ SUP												

DERECHO **IZQUIERDO**

SAS/SUP												
UCE/ MG												
NIC												
PS												

LINGUAL

MOV

VESTIBULAR

PS												
NIC												
UCE/ MG												
SAS/ SUP												

PS profundidad de sondeo, MOV movilidad, NIC nivel de inserción, UCE/ MG de unión cemento esmalte a margen gingival SAS/ SUP sangrado, supuración PS 1-3, marcar en azul PS 4 en adelante, marcar en rojo

DIAGNÓSTICO PERIODONTAL _____

FACTORES ETIOLÓGICOS _____

PRONÓSTICO PERIODONTAL GENERAL BUENO RESERVADO MALO

PLAN DE TRATAMIENTO POR FASES:

FASE I (higiénica)

FASE II (quirúrgica)

FASE III (Mantenimiento)

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

RADIOGRÁFICOS _____

LABORATORIO _____

HISTOPATOLÓGICOS _____

PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL IDEAL POR SECUENCIA

1.	4.
2.	5.
3.	6.

EL PACIENTE O TUTOR FIRMA ACEPTANDO QUE LOS DATOS AQUÍ REFERIDOS SON VERDADEROS LIBERÁNDONOS (A LA INSTITUCIÓN, AL ESTUDIANTE Y AL DOCENTE TRATANTE) DE TODA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, CIVIL O PENAL, SI ES QUE HA OMITIDO O FALSEADO DATO O COMENTARIO ALGUNO, DE SU ESTADO DE SALUD GENERAL Y ESTOMATOLÓGICO O DEL PADECIMIENTO O RAZÓN QUE ES MOTIVO DE LA CONSULTA ACTUAL Y QUE PUDIERA COMPROMETER O ALTERAR LA BUENA EVOLUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS MEDICO-ODONTOLÓGICOS AQUÍ APLICADOS, ADÉMÁS DE COMPROMETERSE A SEGUIR LOS CUIDADOS INDICADOS PARA SU BENEFICIO.

NOMBRE Y FIRMA _____ PACIENTE O TUTOR _____ FECHA _____

Fig. 12: Componentes presentes de la sección Odontograma y Periodontograma del Anexo de Periodontología de la UAEMéx.

La sección “**Notas de evolución**” (Fig.13) no está presente en el formato evaluado, existe un récord general de tratamiento que es utilizado como herramienta de evaluación del alumno, la normatividad en México^{2,11} lo deja claro, cada que el paciente recibe atención médica se debe realizar una nota de evolución, la cual irá firmada por el paciente, el odontólogo tratante y dos testigos.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ANEXO PERIODONTOLOGÍA
RECORD GENERAL DE TRATAMIENTO



Nombre del paciente: _____ Fecha: _____


Nombre del alumno: _____

Estado periodontal: Gingivitis Periodontitis estadio I Periodontitis estadio II Periodontitis estadio III
Periodontitis estadio IV


Fecha	Tratamiento o Procedimiento	Sextante	Fase	Firma del docente

Fig. 13: Record general de tratamiento del Anexo de Periodontología de la UAEMéx.

La sección “**Componentes del Periodontograma**” (Fig. 12) en cuanto a contenido puede ser suficiente, sin embargo, el orden y la disposición de la información no es la adecuada, no integra el involucramiento de furca ni el registro de pérdida dental, el registro de movimiento se encuentra sobre las caras oclusales, sería conveniente el cambio a una tabla y tampoco cuenta con la medida milimétrica en las raíces. De acuerdo con Salvi y colaboradores el orden adecuado para el periodontograma es; margen gingival, profundidad del sondaje, nivel de inserción, sangrado al sondaje, involucración de furca y registro de movilidad.³³ Cuenta con el índice de O’Leary para la evaluación de la presencia de placa, el cual, a pesar de no ser uno de los sistemas de medición más recientes, continua siendo ampliamente utilizado debido a su simplicidad y facilidad de interpretación, este índice permite la valoración del porcentaje de placa dentobacteriana de una forma muy sencilla y al ser un índice medido en porcentajes, es más simple de comprender.⁴⁷(Fig. 14).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ANEXO PERIODONTOLOGÍA
CONTROLES DE BIOPELÍCULA



18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Biopelícula

Cálculo

Cálculo

Biopelícula

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Total de caras Porcentaje de biopelícula Porcentaje de cálculo

No. De control Fecha:

Firma docente

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Biopelícula

Cálculo

Cálculo

Biopelícula

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Total de caras Porcentaje de biopelícula Porcentaje de cálculo

No. De control Fecha:

Firma docente

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Biopelícula

Cálculo

Cálculo

Biopelícula

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Total de caras Porcentaje de biopelícula Porcentaje de cálculo

No. De control Fecha:

Firma docente

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Biopelícula

Cálculo

Cálculo

Biopelícula

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Total de caras Porcentaje de biopelícula Porcentaje de cálculo

No. De control Fecha:

Firma docente

Fig. 14: Registro de higiene oral del Anexo de Periodontología de la UAEMéx.

La sección “**Registro radiográfico estructurado**” (Fig. 15) cuenta con criterios que no aportan más información al diagnóstico periodontal, para realizar un correcto diagnóstico radiográfico necesita incluir; el tipo de pérdida ósea y su porcentaje, la presencia de cálculo subgingival, lesiones en furca, ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal y lesiones periapicales, de acuerdo con la publicación de Jacobs y colaboradores.⁴⁰


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
ANEXO PERIODONTOLÓGIA
ANÁLISIS RADIOGRÁFICO


DIENTE	PROPORCIÓN CORONA-RAIZ	PORCENTAJE DE RESORCIÓN OSEA	TIPO DE RESORCIÓN OSEA (V / H)	ENSANCHAMIENTO DE LIGAMENTO PERIODONTAL	FULCRAS INVOLUCRADAS	CARIES	PATOLOGÍA PERIAPICAL	PRONÓSTICO (B, R, M)
Ej. 18	1:2	20%	H	✓	✓	✓	✓	R
17								
16								
15								
14								
13								
12								
11								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
38								
37								
36								
35								
34								
33								
32								
31								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								

En caso de ser negativo dejar recuadro en blanco

Fig. 15: Registro Radiográfico del del Anexo de Periodontología de la UAEMéx.

La sección de “**Registro diagnóstico**” (Fig. 16) no cuenta con el espacio requerido para poder indicar el estadio y graduación de la enfermedad periodontal del paciente, mencionado en la clasificación de 2017.¹⁶

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ANEXO PERIODONTOLOGÍA

DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

FACTORES ETIOLÓGICOS

PRONÓSTICO PERIODONTAL GENERAL BUENO RESERVADO MALO

Fig. 16: Registro Diagnóstico del Anexo de Periodontología de la UAEMéx.

La revisión de las áreas de oportunidad mencionadas es un acto importante y necesario debido a que de acuerdo con la normatividad mexicana el incumplimiento u omisión de lo establecido en ellas, será sancionable, desde multas, clausura del espacio, suspensión de cédula o invalidación, hasta años de prisión, por eso la buena integración del expediente clínico es fundamental.²

XI.CONCLUSIÓN.

El presente trabajo permitió identificar áreas de oportunidad en el formato de expediente clínico utilizado, evidenciando que, si bien cumple parcialmente con los requerimientos básicos, aún presenta deficiencias en su estructura, contenido y apego a la normatividad vigente y los criterios diagnósticos periodontales. Se observaron áreas de oportunidad en algunos apartados dentro del formato que requieren ser fortalecidos, así como otros que han sido omitidos y cuya integración resulta esencial para asegurar la claridad, continuidad y validez legal del documento. La mejora del formato de expediente clínico, en apego a la normatividad vigente y con la correcta integración de los elementos diagnósticos y administrativos, contribuye a elevar la calidad de la atención odontológica, elevar la calidad de la formación académica del alumno, respaldar legalmente la práctica profesional y clínicamente la correcta organización del formato impacta positivamente en la obtención del diagnóstico, pudiendo así otorgar un buen plan de tratamiento.

XII.RECOMENDACIONES.

Se recomienda la reestructuración integral del formato de expediente clínico odontológico de la clínica de pregrado de la materia de Periodontología, con base en los lineamientos establecidos por normatividad mexicana, con el objetivo de garantizar su correcta integración, funcionalidad clínica y validez legal.

Dado que la Periodontología representa una de las áreas fundamentales en la formación del cirujano dentista y que las enfermedades periodontales constituyen una de las patologías más prevalentes a nivel mundial, se sugiere que la historia clínica periodontal deje de considerarse como un anexo y se integre como un componente central del expediente clínico. Una adecuada elaboración de la historia clínica no solo favorece la correcta identificación de las condiciones de salud del paciente, sino que también fortalece la formación académica del alumno y mejora la calidad de la atención brindada.

Se recomienda incluir una ficha de identificación completa que permita registrar de manera adecuada los datos personales del paciente, así como establecer canales efectivos de comunicación para su seguimiento clínico.

En el apartado de antecedentes personales patológicos, se sugiere incorporar espacios específicos para el registro del consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias, así como para documentar padecimientos sistémicos y bucales previos, incluyendo el tratamiento recibido. De igual forma, se considera indispensable integrar los antecedentes heredofamiliares, contemplando enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, neoplasias u otras condiciones relevantes. Asimismo, se recomienda incluir los antecedentes personales no patológicos, con la finalidad de comprender el contexto general del paciente.

En cuanto a la exploración física, la inclusión de signos vitales, peso y talla, así como una evaluación completa de cabeza y cuello, articulación temporomandibular y cavidad oral es fundamental para lograr una valoración integral del paciente.

Se recomienda la integración del odontograma inicial y de seguimiento, así como del periodontograma de seguimiento, asegurando un registro claro, ordenado y sistemático de los hallazgos clínicos. En este sentido, se sugiere que el periodontograma se base en estándares internacionales, como el propuesto por la Universidad de Berna en Suiza, organizando la información en el siguiente orden: margen gingival, profundidad de sondaje, nivel de inserción, sangrado al sondaje, compromiso de furcación y movilidad dental. Asimismo, se considera pertinente incluir la medición milimétrica de las raíces para facilitar la interpretación de los niveles gingivales y de inserción (Fig. 17).

Dado el contexto académico, se sugiere que todos los documentos clínicos incluyan las firmas correspondientes del alumno tratante, el docente responsable y el paciente, con el fin de asegurar la supervisión adecuada y la validez del acto clínico, así como el cumplimiento de los criterios normativos.

Se propone el diseño e implementación de un formato estructurado de notas de evolución y consentimiento informado, que incluya los elementos establecidos por la normatividad, así como; espacios destinados a las firmas del alumno, docente, paciente y testigo, garantizando así la trazabilidad del tratamiento.

Finalmente, se recomienda la inclusión de herramientas visuales de apoyo diagnóstico, como tablas de estadificación y graduación de la enfermedad periodontal, que faciliten la toma de decisiones clínicas y refuercen el aprendizaje del estudiante mediante la integración práctica del conocimiento teórico.

Apellidos del paciente Nombre Fecha de nacimiento
 Examen inicial Reevaluación Clínico

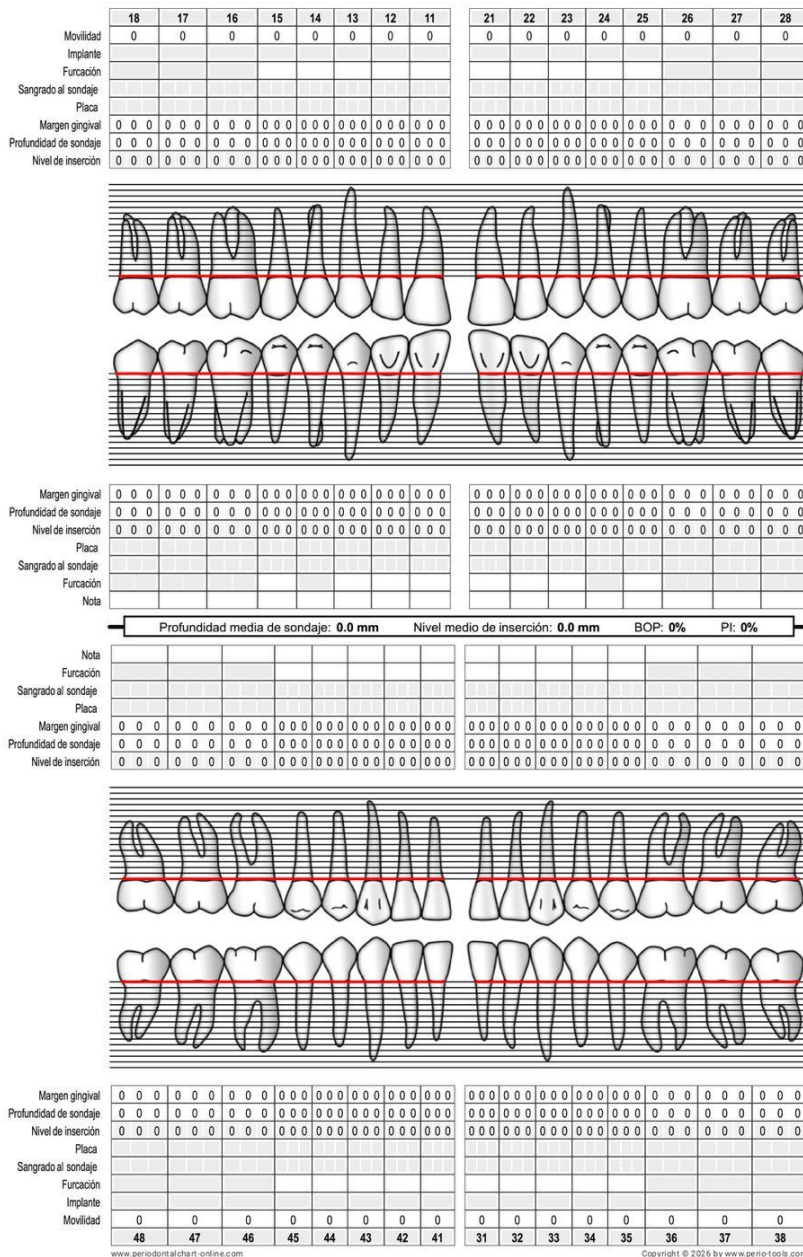


Fig. 17: Ejemplo de Periodontograma de la Universidad Berna, tomado de: <https://periodontalchart-online.com/>

Es importante mencionar que la información contenida en este apartado son recomendaciones que surgen desde la observación del formato estudiado, la normatividad en México y los criterios diagnósticos actuales, queda totalmente a criterio de los integrantes de la academia de Periodontología de la Facultad de Odontología de la UAEMéx, el uso de lo aquí redactado para hacer las adecuaciones pertinentes.

Las observaciones y propuestas aquí presentadas no tienen la intención de desacreditar, criticar o minimizar el formato realizado con anterioridad y que es actualmente utilizado, por el contrario, las propuestas planteadas buscan contribuir de manera constructiva a la mejora académica continua.

XIII.REFERENCIAS

1. Costa Carballo CM. La historia clínica. *Doc Cienc Inf* [Internet]. 1997;20:41. p. 4. Disponible en: <https://medicina.ucm.es/data/cont/media/www/pag-17227/La%20Historia%20Cl%C3%ADnica.pdf>
2. Secretaría de Salud. NOM-004-SSA3-2012. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2012 Oct 15. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
3. American Academy of Periodontology. *Glossary of Periodontal Terms*. 4th ed. Chicago: American Academy of Periodontology; 2001.
4. Rodríguez-Medina U, Rodríguez-Wong U, Medina-Murillo GR. El expediente clínico: su evolución histórica. *Rev Mex Cir Aparato Dig* [Internet]. 2022;11(1):8. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=116651>
5. Barba Evia JR. El expediente clínico en el quehacer del patólogo clínico. *Rev Mex Patol Clin Med Lab* [Internet]. 2018;65(2).Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt182l.pdf>
6. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico [Internet]. México: Secretaría de Salud; 1999 Sep 14. Disponible en: <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
7. Secretaría de Salud. PROYECTO de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, para quedar como PROY-NOM-004-SSA3-2009, Del expediente clínico. [Internet]. Diario Oficial de la Federación. 2010 Oct 5. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5161919&fecha=05/10/2010
8. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales [Internet]. México: Secretaría de Salud; 1995. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-013-SSA2-1994%20Preveni%C3%B3n%20y%20control%20de%20enfermedades%20bucales.pdf>
9. Llarena del RME, Landa RR, Espinosa CA. Cumplir con la legislación sanitaria ofrece calidad y seguridad: ¿tú lo haces? *Rev ADM*. 1999;56(4):155–157. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=9719>
10. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, para la prevención y control de enfermedades bucales. México: Comisión

- Nacional de los Derechos Humanos; 2008. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR07.pdf>
11. Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales*. México: Diario Oficial de la Federación; 2016. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039
 12. García San Juan CM, García Núñez RD, San Juan Bosch MA. *Clasificación de las condiciones y enfermedades periodontales y periimplantares desde una perspectiva evolutiva*. *MediSur*. 2021;19(4):642–655. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180069886013/html/>
 13. John Highfield J. *Diagnosis and classification of periodontal disease*. *Aust Dent J*. 2009;54(Suppl 1): S11–26. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/John-Highfield/publication/51438160_Diagnosis_and_classification_of_periodontal_disease/links/5b638641458515298ce0c2ae/Diagnosis-and-classification-of-periodontal-disease.pdf
 14. Gary C. Armitage GC. *Development of a classification system for periodontal diseases and conditions*. *Ann Periodontol*. 1999;4(1):1–6.
 15. Soto Chávez AA, Ruiz Gutiérrez ADC, Martínez Rodríguez V. *Clasificación de enfermedades periodontales*. *Rev Mex Periodontol*. 2018;9(1-2):24–27. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2018/mp181_2f.pdf
 16. Maurizio S. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. *Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition*. *J Periodontol*. 2018;89(Suppl 1):S159–S172.
 17. México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley General de Salud* [Internet]. Ciudad de México: Cámara de Diputados; última reforma 2026. Artículo 77 Bis 37, fracción VII. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
 18. Clinic Cloud. *¿Para qué sirve la historia clínica del paciente?* [Internet]. 2024. Disponible en: <https://clinic-cloud.com/blog/la-historia-clinica-paciente-sirve>
 19. Gutiérrez-Vega R, Gallegos-Garza AC, Uribe-Ramos M, Fajardo-Dolci G. *El expediente clínico: su utilidad para evaluar la calidad de la atención médica y las implicaciones legales del incumplimiento de la normatividad vigente*. *Rev Med Hosp Gen Mex* [Internet]. 2011(1):30-34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-expediente-clinico-su-utilidad-X0185106311025489>

20. Alvarez-Córdova A, González-Álvarez AK, Chávez-Lamas NM, Falcón-Reyes LP, Franco-Trejo CS, Medrano-Rodríguez JC. *Importancia del expediente clínico administrativo como herramienta para la integración del expediente clínico*. Conference Proceedings Jornadas de Investigación en Odontología [Internet]. 2024;4(4). Disponible en: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/CPJIO/article/view/2854>
21. México. Secretaría de Salud. *NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud* [Internet]. Diario Oficial de la Federación; 2012. Disponible en: <http://www.dgjs.salud.gob.mx/descargas/normatividad/normas/DOF-30NOV12-NOM-024-SSA3-2012.pdf>
22. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). *M2. Expediente clínico* [Internet]. Ciudad de México: CONAMED; s.f. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/capacitacion/pdf/M2_Expediente_CI%C3%ADnico.pdf
23. México. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Importancia del expediente clínico en la calidad de la atención médica* [Internet]. Rev CONAMED. 2024;29(4). Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_29_2024/art_41.pdf
24. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica*. Diario Oficial de la Federación; 1986 [última reforma 17 jul 2018]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_1707_18.pdf
25. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. *Código Civil Federal*. Diario Oficial de la Federación; 1928 [última reforma vigente]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CCF.pdf>
26. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. *Código Penal Federal*. Diario Oficial de la Federación; 1931 [última reforma vigente]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPF.pdf>
27. Koh R, Lee S, Oyoyo U, Kwon SR, Sarmast ND. Analyzing equivalency and accuracy of three different periodontal probes in measuring pocket depth: an in vitro study. *J Dent Hyg*. 2023;97. doi:10.1080/19424396.2023.2266226
28. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions: introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol*. 2018;45(Suppl 20):S1–S8. doi:10.1111/jcpe.12935

29. Laugisch O, Ausschill TM, Heumann C, Sculean A, Arweiler NB. Clinical evaluation of a new electronic periodontal probe: a randomized controlled clinical trial. *Diagnostics (Basel)*. 2021;12(1):42. doi:10.3390/diagnostics12010042
30. Gheorghe DN, Nicolae FM, Popescu DM, Ciobanu S, Surlin P. Clinical and demographic profiling of periodontal diseases: a retrospective analysis using the 2018 periodontal classification algorithm. *Curr Health Sci J*. 2024;50(1):29–36. doi:10.12865/CHSJ.50.01.04
31. Karmakar S, Senior. *Clinical attachment level: An unsung hero in periodontal diagnosis*. International Journal of Advanced Research [Internet]. 2019;7(4):106–11. Disponible en: https://www.journalijar.com/uploads/2019/04/365_IJAR-26922.pdf
32. Jansen EE, Braun A, Krause F, Jansen P. Accuracy of periodontal probing depths in the training of undergraduate dental students. *BMC Med Educ*. 2025. doi:10.1186/s12909-025-08233-x
33. Salvi GE, Rocuzzo A, Imber J-C, Stähli A, Klinge B, Lang NP. Clinical periodontal diagnosis. *Periodontol 2000* [Internet]. 2023; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/prd.12487>
34. Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. Clinical diagnosis. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. *Carranza's clinical periodontology*. 13th ed. St. Louis: Elsevier; 2019.
35. American Academy of Periodontology. American Academy of Periodontology [Internet]. Chicago (IL): American Academy of Periodontology. Disponible en: <https://www.perio.org/>
36. European Federation of Periodontology. European Federation of Periodontology [Internet]. Madrid: European Federation of Periodontology. Disponible en: <https://www.efp.org/>
37. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. *Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions*. *J Clin Periodontol*. 2018;45(Suppl 20):S68–S77. doi:10.1111/jcpe.12940
38. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. *Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions*. *J Clin Periodontol*. 2018;45(Suppl 20):S162–S170. doi:10.1111/jcpe.12946

39. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (SDCEP). *Prevention and treatment of periodontal diseases in primary care*. 2nd ed. Dundee: SDCEP; 2024 [updated 2025 Nov]. Chapter 2: Periodontal assessment; p. 11. Disponible en: <https://www.periodontalcare.sdcep.org.uk/media/vjgfn5ak/sdcep-prevention-and-treatment-of-periodontal-diseases-in-primary-care-2nd-edition-nov-2025.pdf>
40. Jacobs R, Fontenele RC, Lahoud P, Shujaat S, Bornstein MM. Radiographic diagnosis of periodontal diseases: current evidence versus innovations. *Periodontology 2000*. 2024;95(1):51–69. doi:10.1111/prd.12580
41. Secretaría de Salud. *Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC)* [Internet]. México: Dirección General de Calidad y Educación en Salud; 2021 [citado 2026 Abr 27]. Disponible en: <https://desdgc.es.salud.gob.mx/mecic/index.php>
42. American Academy of Periodontology. *Comprehensive periodontal evaluation* [Internet]. Chicago: AAP; s.f. Disponible en: <https://www.perio.org/for-patients/gum-disease-information/comprehensive-periodontal-evaluation/>
43. European Federation of Periodontology. *Clinical guidelines* [Internet]. Brussels: EFP; s.f. Disponible en: <https://www.efp.org/education/continuing-education/clinical-guidelines/>
44. Spencer J. Learning with patients: inpatient and outpatient. En: Dent JA, Harden RM, Hunt D, editores. *A practical guide for medical teachers*. 5th ed. Edinburgh: Elsevier; 2017. p. 55–62.
45. Contreras Tijerina MC, Garza Enríquez M, Rodríguez-Pulido JI, Elizondo Cantú O. La terapia de soporte en la enfermedad periodontal. 2020. Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/Jesus-Rodriguez-Pulido/publication/347985343>
46. Martin C, Papageorgiou SN, Gonzalez-Martin O, Sanz M. Orthodontic management of uneven gingival margins in patients with healthy or reduced periodontium to improve smile aesthetics. *Periodontol 2000*. 2024;00:1–15. doi:10.1111/prd.12613.
47. Kim YR, Nam SH. Clinical evaluation of a *Clematis chinensis* Osbeck-containing mouthwash for the prevention of dental caries: a randomized, controlled clinical trial. *Chinese Medicine*. 2025;20(1):199. doi:10.1186/s13020-025-01258-z.

XIV.ANEXOS

1.Formato de historia clínica



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



ANEXO PERIODONTOLÓGIA

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

Semestre: _____ Grupo: _____ Subgrupo: _____ Fecha: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Sexo: Femenino Masculino Edad: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA (en palabras del paciente y entre comillas)

A. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Rellena el círculo que indica si el paciente ha tenido o presenta alguna de las siguientes condiciones. En caso de ser positivo describe ¿cuál?, ¿desde cuándo? Y ¿cómo se controla?

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Su salud general es | Buena <input type="radio"/> | Regular <input type="radio"/> | Mala <input type="radio"/> |
| Toma algún medicamento ¿cuál? _____ | NO <input type="radio"/> | SI <input type="radio"/> | |
| Alergias a algún medicamento, alimento o anestésico | NO <input type="radio"/> | SI <input type="radio"/> | |
| Enfermedades respiratorias (asma, tuberculosis, EPOC, enfisema, otras) | NO <input type="radio"/> | SI <input type="radio"/> | |
| Enfermedades del corazón (infartos, fiebre reumática, válvulas, otras) | NO <input type="radio"/> | SI <input type="radio"/> | |
| Hipertensión o Hipotensión arterial | NO <input type="radio"/> | SI <input type="radio"/> | |
| Hepatitis, cirrosis o alguna otra enfermedad hepática | NO <input type="radio"/> | SI <input type="radio"/> | |
| Gastritis, colitis o úlceras gástricas | NO <input type="radio"/> | SI <input type="radio"/> | |
| Enfermedades de transmisión sexual (VIH, sífilis, gonorrea, papiloma) | NO <input type="radio"/> | SI <input type="radio"/> | |
| Anemia, leucemia, transfusiones de sangre | NO <input type="radio"/> | SI <input type="radio"/> | |
| Enfermedades endocrinológicas (diabetes, hiper o hipotiroidismo) | NO <input type="radio"/> | SI <input type="radio"/> | |
| Enfermedades renales o de vías urinarias | NO <input type="radio"/> | SI <input type="radio"/> | |
| Alguna vez a convulsionado o se encuentra en tratamiento psiquiátrico | NO <input type="radio"/> | SI <input type="radio"/> | |
| Cáncer o tumores | NO <input type="radio"/> | SI <input type="radio"/> | |



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



ANEXO PERIODONTOLÓGIA

- Fuma, toma alcohol o alguna droga NO SI
- Lo han operado NO SI
- Osteoporosis NO SI

ÚNICAMENTE MUJERES

- Esta embarazada o toma algún medicamento hormonal NO SI

Alguna otra enfermedad no mencionada antes: _____

DIAGNÓSTICO SISTÉMICO (Resume qué enfermedades presenta tu paciente)

EXAMEN PERIODONTAL

- ¿El paciente se cepilla? NO SI 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día
- ¿El paciente usa hilo dental? NO SI 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día
- Utiliza algún enjuague bucal NO SI ¿Cuál? _____

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEJIDO GINGIVAL

	COLOR	CONTORNO	CONSISTENCIA	TEXTURA
	Rojo, violeta, marrón, rosa coral, negro, grisáceo	Festoneado, plano, erosionado	Blanda, firme	Lisa y brillante o con puntillado de cáscara de naranja
Sextante 1				
Sextante 2				
Sextante 3				
Sextante 4				
Sextante 5				
Sextante 6				



ANEXO PERIODONTOLÒGIA

ANÁLISIS RADIOGRÁFICO

DIENTE	PROPORCIÓN CORONA- RAIZ	PORCENTAJE DE RESORCIÓN OSEA	TIPO DE RESORCIÓN OSEA (V / H)	ENSANCHAMIENTO DE LIGAMENTO PERIODONTAL	FULCRAS INVOLUCRADAS	CARIES	PATOLOGÍA PERIAPICAL	PRONÓSTICO (B, R, M)
Ej. 18	1:2	20%	H	✓	✓	✓	✓	R
17								
16								
15								
14								
13								
12								
11								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
38								
37								
36								
35								
34								
33								
32								
31								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								

En caso de ser negativo dejar recuadro en blanco



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ANEXO PERIODONTOLÓGIA
 FICHA PERIODONTAL



Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Valoración Inicial Revaloración Parámetros finales/alta

SAS/SUP												
UCE/MG												
NIC												
PS												

VESTIBULAR			
-------------------	--	--	--

MOV			
------------	--	--	--

PALATINO			
-----------------	--	--	--

PS												
NIC												
UCE/MG												
SAS/SUP												

DERECHO **IZQUIERDO**

SAS/SUP												
UCE/MG												
NIC												
PS												

LINGUAL			
----------------	--	--	--

MOV			
------------	--	--	--

VESTIBULAR			
-------------------	--	--	--

PS												
NIC												
UCE/MG												
SAS/SUP												

PS profundidad de sondeo, **MOV** movilidad, **NIC** nivel de inserción, **UCE/MG** de unión cemento esmalte a margen gingival **SAS/SUP** sangrado, supuración **PS 1-3**, marcar en azul **PS 4** en adelante, marcar en rojo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 ANEXO PERIODONTOLÒGIA



DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

FACTORES ETIOLÓGICOS

PRONÓSTICO PERIODONTAL GENERAL BUENO RESERVADO MALO

PLAN DE TRATAMIENTO POR FASES:

FASE I (higiénica)

FASE II (quirúrgica)

FASE III (Mantenimiento)

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

RADIOGRÁFICOS _____

LABORATORIO _____

HISTOPATOLÓGICOS _____

PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL IDEAL POR SECUENCIA

1.	4.
2.	5.
3.	6.

EL PACIENTE O TUTOR FIRMA ACEPTANDO QUE LOS DATOS AQUÍ REFERIDOS SON VERDADEROS LIBERÁNDONOS (A LA INSTITUCIÓN, AL ESTUDIANTE Y AL DOCENTE TRATANTE) DE TODA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, CIVIL O PENAL, SI ES QUE HA OMITIDO O FALSEADO DATO O COMENTARIO ALGUNO, DE SU ESTADO DE SALUD GENERAL Y ESTOMATOLÓGICO O DEL PADECIMIENTO O RAZÓN QUE ES MOTIVO DE LA CONSULTA ACTUAL Y QUE PUDIERA COMPROMETER O ALTERAR LA BUENA EVOLUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS MEDICO-ODONTOLÓGICOS AQUÍ APLICADOS, ADEMÁS DE COMPROMETERSE A SEGUIR LOS CUIDADOS INDICADOS PARA SU BENEFICIO.

NOMBRE Y FIRMA _____ FECHA _____
 PACIENTE O TUTOR



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
 FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
ANEXO PERIODONTOLÓGIA
CONTROLES DE BIOPELICULA



18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Biopelícula

Cálculo

Cálculo

Biopelícula

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Total de caras Porcentaje de biopelícula Porcentaje de cálculo

No. De control Fecha:

Firma docente

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Biopelícula

Cálculo

Biopelícula

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Total de caras Porcentaje de biopelícula Porcentaje de cálculo

No. De control Fecha:

Firma docente

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Biopelícula

Cálculo

Cálculo

Biopelícula

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Total de caras Porcentaje de biopelícula Porcentaje de cálculo

No. De control Fecha:

Firma docente

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Biopelícula

Cálculo

Biopelícula

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Total de caras Porcentaje de biopelícula Porcentaje de cálculo

No. De control Fecha:

Firma docente

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Biopelícula

Cálculo

Cálculo

Biopelícula

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Total de caras Porcentaje de biopelícula Porcentaje de cálculo

No. De control Fecha:

Firma docente

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Biopelícula

Cálculo

Biopelícula

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Total de caras Porcentaje de biopelícula Porcentaje de cálculo

No. De control Fecha:

Firma docente

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Biopelícula

Cálculo

Cálculo

Biopelícula

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Total de caras Porcentaje de biopelícula Porcentaje de cálculo

No. De control Fecha:

Firma docente

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Biopelícula

Cálculo

Biopelícula

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Total de caras Porcentaje de biopelícula Porcentaje de cálculo

No. De control Fecha:

Firma docente

2. Lista de cotejo.



Proyecto de Investigación Lista de Cotejo para Valoración de Historia Clínica de Periodontología



Instrucciones: Favor de marcar con una equis (x) en la casilla **Si** si la historia clínica de pregrado de periodontología cumple con el criterio mencionado y en la casilla **No** si no lo cumple.

	Criterio	Si	No
Criterios Normativos Esenciales			
Identificación del Paciente			
1	Nombre		
2	Sexo		
3	Edad		
4	Fecha de nacimiento		
5	Domicilio		
6	Motivo de consulta (padecimiento actual)		
7	Antecedentes heredofamiliares		
Antecedentes Personales Patológicos			
8	Uso y dependencia de alcohol		
9	Uso y dependencia de tabaco		
10	Uso y dependencia de sustancias		
11	Padecimientos sistémicos y bucales previos		
Antecedentes No Patológicos			
12	Vivienda		
13	Dieta		
14	Higiene		
15	Ocupación		
16	Actividad física		
17	Entorno sociofamiliar		
18	Diagnóstico registrado		
19	Interrogatorio de aparatos y sistemas		
Exploración Física			
20	Cabeza y cuello		
21	Cavidad oral		
22	Signos vitales		
23	Peso y talla		
Odontograma y Periodontograma			
24	De inicio		
25	De seguimiento		
26	Plan de tratamiento documentado		
27	Consentimiento informado		
28	Firma del paciente y del odontólogo tratante		
Notas de Evolución			
29	Fecha		
30	Actividad realizada		
31	Evolución y actualización del cuadro clínico		
32	Signos vitales		
33	Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento		
34	Resultados e interpretación de auxiliares de diagnóstico		
35	Tratamiento, indicaciones y farmacoterapia		
36	Nombre y firma del odontólogo tratante y del paciente		

Criterios diagnósticos periodontales		Sí	No
Componentes del Periodontograma			
37	<i>Registro de profundidad de sondaje</i>		
38	<i>Registro de margen gingival a unión cemento-esmalte</i>		
39	<i>Registro de nivel de inserción clínica</i>		
40	<i>Registro de sangrado al sondaje</i>		
41	<i>Involucración de furca</i>		
42	<i>Registro de movilidad y pérdida dental</i>		
43	Índice de higiene oral		
Registro radiográfico estructurado			
44	<i>Anchura del espacio del ligamento periodontal</i>		
45	<i>Ausencia de lámina dura</i>		
46	<i>Tipo de pérdida ósea</i>		
47	<i>Lesiones en furca</i>		
48	<i>Presencia de cálculo dental</i>		
Registro diagnóstico			
49	Campo para diagnóstico periodontal		
50	Campo para estadiar (indicar el estadio de diagnóstico del paciente)		
51	Campo para gradar (indicar el grado de diagnóstico del paciente)		
	Total		

Observaciones: