



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE ODONTOPEDIATRIA

**FICHA ANEXA A LA HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTES CON
DISCAPACIDAD. POSTGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA, FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE CARABOBO.**

Autor: Josnelly Santaella

CI: 21.454.668

Naguanagua, Julio 2025



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA

**FICHA ANEXA A LA HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTES CON
DISCAPACIDAD. POSTGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA, FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE CARABOBO**

Proyecto adscrito en la UDACYD, en línea de investigación Calidad de vida y Bioseguridad. Temática: Calidad de vida. Subtemática: Discapacidad y grupos vulnerables. Empatía y bienestar en el proceso enseñanza/aprendizaje (Odontólogo-Paciente)

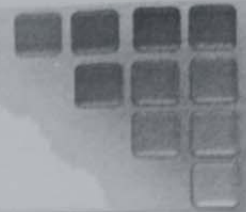
Tutor de Contenido: Rosa Weffer

Autor: Josnelly Santaella

CI: 14.514.622

CI: 21.454.668

Naguanagua, Julio 2025



ACTA DE VEREDICTO DEL TRABAJO DE GRADO


En atención a lo dispuesto en los Artículos 139 y 140 del reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como jurados designados por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Odontología, de acuerdo a lo previsto en el artículo 136 del citado Reglamento, para evaluar el Trabajo Especial de Grado titulado:

"FICHA ANEXA A LA HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD. POSTGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE CARABOBO."

Presentada para optar el grado de Especialista en Odontopediatría, por la aspirante **SANTAELLA PANTOJA JOSNELLY BETANIA**, titular de la cédula de identidad N° V-21.454.668 realizado bajo la tutoría de la profesora **ROSA WEFER** titular de la cédula de identidad N° V- 14.514.622, habiendo examinado el trabajo presentado, se dice que el mismo está **APROBADO**.

En Bárbula al 1 día del mes de agosto del 2025.

Jurado Evaluador:

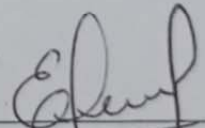


Profra. ROSA WEFER
Ci: 14.514.622.





Profra. LIVIA SEGOVIA
Ci: 9.445.831.



Profra. SOCORRO ZAVARCE
Ci: 7.023.690.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA

ACTA VEREDICTO DEL JURADO

VEREDICTO

Quienes suscribimos, miembros del Jurado designado para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: **Ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad. Postgrado de odontopediatría, Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo**, realizado por la Od. Josnelly Betania Santaella Pantoja titular de la Cédula de Identidad No V. 21.454.668, para optar al título de Especialista en Odontopediatría, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como: Mérito de Grado en el programa de Especialización en Odontopediatría.

Nombre y Apellido

C.I.

Firma

Naguanagua, Julio 2025



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE ODONTOPEDIATRIA

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

Por medio de la presente yo Rosa Weffer Cédula de Identidad V- 14.514.622, en mi carácter de TUTOR DE CONTENIDO del trabajo especial de grado titulado: **Ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad. Postgrado de odontopediatría, Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo**, realizado por la Od. Josnelly Betania Santaella Pantoja titular de la Cédula de Identidad No V. 21.454.668, como requerimiento para optar al título de Especialista en Odontopediatría de la Facultad de odontología de la Universidad de Carabobo, cumpliendo con los objetivos planteados en el proyecto y con los requisitos de adscripción a una línea de investigación científica, autorizo a introducirlo ante la Comisión Coordinadora del programa para que le sea asignado el jurado respectivo a fin de llevar a cabo su respectiva evaluación y aprobación.

En Bárbula a los 16 días del mes de Junio del año 2025.

Prof. Rosa Weffer

C.I: 14.514.622

Tutor



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA

ACEPTACION DEL TUTOR.

Por medio de la, presente hago constar que he leído el proyecto del trabajo de grado titulado: **“Ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad. Postgrado de odontopediatría, Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo”**, presentado por la odontólogo **Josnelly Santaella**, portadora de la Cedula de Identidad 21.454.668, para optar al título de Especialista en Odontopediatría de la Facultad de Odontología de Universidad de Carabobo.

Acepté tutoriar al estudiante antes mencionado en calidad de **tutor de contenido**, durante la etapa del desarrollo del trabajo de grado hasta su presentación y evaluación, y considero que cumple con los requisitos para ser inscrita ante la Dirección como **tesis de grado**.

En Bárbula a los 16 días del mes de Junio del año 2025

Prof. Rosa Weffer

C.I: 14.514.622

DEDICATORIA

A Dios.

A mi madre quien da y siguen dando todo por mí.

Y a todos esos ángeles que me acompañan en mi camino.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por permitirme alcanzar esta meta y vivir esta experiencia, siempre de su mano.

A mi madre por ese amor incondicional, por el apoyo infinito en todas las facetas de mi vida, por incentivar me a seguir adelante, a mi padre por su amor y sabiduría, a mi hermano por ser ejemplo de lucha, y a mi familia por apoyarme en todo momento.

A mis compañeras de postgrado por todos esos momentos vividos, de estudio, de llanto, de diversión. Agradezco a Dios por colocar en el camino personas maravillosas que hoy se vuelven parte de mi vida y se convierten en familia y aunque nos mantenemos a distancia sé que puedo contar con ellas siempre, Darling y Estefanía siempre serán mis R Mayores. A mi Co-R Lelimar por acogerme en su vida y en su hogar, por ser mi compañera de lucha en este camino tan complejo, y aunque escogió otro camino estuvimos luchando hasta el final.

A mi tutora Dra. Rosa Weffer por su dedicación, paciencia, orientación, gracias por iluminar el camino y ayudar en la realización de esta tesis y finalmente a todos los docentes que estuvieron durante mi formación académica, gracias por compartir sus conocimientos y por ese compromiso de formar a la próxima especialista.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA

**Ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad.
Postgrado de odontopediatria, Facultad de Odontología. Universidad de
Carabobo**

Proyecto adscrito en la UDACYD, en línea de investigación Calidad de vida y Bioseguridad. Temática: Calidad de vida. Subtemática: Discapacidad y grupos vulnerables. Empatía y bienestar en el proceso enseñanza/aprendizaje (Odontólogo-Paciente)

Autora: Josnelly Betania Santaella Pantoja

Tutor: Rosa Weffer

Fecha: Julio 2025

RESUMEN

Para el odontopediatra un paciente con discapacidad, es aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de lo convencional de orden físico, mental, sensorial o comportamiento, requiriendo maniobras, conceptos y equipamiento especiales, para brindar una atención diferente. El propósito fue de diseñar una ficha anexa a la historia clínica para la atención de pacientes con discapacidad que acuden al postgrado de odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Fue un estudio descriptivo transversal, de campo, tipo proyecto factible. La población y muestra tipo censal, estuvo constituida por 20 docentes y residentes del postgrado. El cuestionario, fue el instrumento de recolección. Los resultados evidencian: 91,66% de los encuestados ha atendido pacientes con discapacidad durante su residencia, solo 18,75% han hecho uso de una historia clínica especial; 62,5% coinciden que término más idóneo para denominar a estos pacientes es diversidad; 97,75% opinan que es necesario incorporar una ficha anexa y 100% que debe solicitarse un informe médico para su atención; al igual que, 100% conocen la clasificación internacional de la discapacidad. Se concluye la necesidad del diseño de la ficha anexa a la historia clínica para la atención integral, personalizada y accesible a pacientes con discapacidad que acuden a la consulta Odontopediátrica, garantizando el seguimiento, el acceso a la información y una atención ética e inclusiva. Se recomienda incorporar la ficha a la historia clínica en uso.

Palabras Clave: odontopediatra, niños, discapacidad, historia clínica.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE ODONTOPEDIATRIA

**MEDICAL RECORD FORM FOR PATIENTS WITH DISABILITIES.
POSTGRADUATE IN PEDIATRIC DENTISTRY, FACULTY OF DENTISTRY,
UNIVERSITY OF CARABOBO**

Project affiliated with UDACYD, in the research line Quality of Life and Biosafety.
Topic: Quality of Life. Subtopic: Disability and Vulnerable Groups. Empathy and
Well-being in the Teaching/Learning Process (Dentist-Patient)

Author: Josnelly Betania Santaella Pantoja

Tutor: Rosa Weffer

Date: Jul 2025

ABSTRACT

For pediatric dentists, a patient with a disability is one who presents signs and symptoms that deviate from conventional physical, mental, sensory, or behavioral characteristics, requiring special maneuvers, concepts, and equipment to provide differentiated care. The purpose was to design a form attached to the medical history for the care of patients with disabilities attending the pediatric dentistry postgraduate program at the Faculty of Dentistry of the University of Carabobo. This was a descriptive, cross-sectional, field study, a feasibility study. The population and census-type sample consisted of 20 faculty members and residents from the postgraduate program. A questionnaire was the data collection instrument. The results show: 91.66% of respondents have treated patients with disabilities during their residency; only 18.75% have used a special medical history; 62.5% agree that the most appropriate term to describe these patients is "diversity." 97.75% believe it is necessary to include an additional form, and 100% believe a medical report should be requested for their care; 100% also understand the international classification of disabilities. The conclusion is that it is necessary to design a form attached to the medical record for comprehensive, personalized, and accessible care for patients with disabilities who attend pediatric dental consultations, ensuring follow-up, access to information, and ethical and inclusive care. It is recommended that the form be incorporated into the current medical record.

Keywords: pediatric dentist, children, disability, medical history.

ÍNDICE GENERAL

	Pg.
Acta de veredicto jurado.....	4
Autorización del tutor.....	5
Constancia de Aceptación del tutor.....	6
Dedicatoria.....	7
Agradecimiento.....	8
Resumen.....	9
Abstract	10
Índice general.....	11
Índice de figuras y esquemas.....	14
Índice de tablas.....	15
Índice de gráficos	17
Introducción.....	19
CAPITULO I. EL PROBLEMA.....	21
Planteamiento del problema.....	21
Formulación del problema.....	25
Objetivos de la investigación.....	28
Justificación de la investigación.....	29
Delimitación de la investigación.....	31
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	33
Antecedentes de la investigación.....	33
Bases teóricas.....	37
Bases legales y bioéticas.....	86
Definición operativa de términos.....	91

Formulación del sistema de variables.....	92
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	94
Paradigma y enfoque de la investigación.....	94
Diseño y tipo de la investigación.....	95
Nivel de la investigación.....	95
Población y muestra.....	97
Criterios de inclusión y exclusión.....	98
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	98
Técnica y procedimiento para el análisis de la información.....	99
Procedimiento.....	99
CAPITULO IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	101
Presentación y discusión de los resultados.....	101
Discusión.....	117
CAPITULO V. LA PROPUESTA.....	121
Justificación de la propuesta.....	121
Fundamentación de la propuesta.....	122
Factibilidad de la propuesta	122
Objetivos de la propuesta.....	122
Objetivo General.....	122
Objetivos Específicos.....	123
Propuesta de ficha anexa.....	124
CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	135
Conclusiones.....	135
Recomendaciones.....	136

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
ANEXOS	145
Constancia de Adscripción a línea de investigación.....	146
Dictamen de Bioética.....	147
Consentimiento informado.	148
Instrumento de recolección.....	149
Instrumento de validación	151
Cuadro de Operacionalización de variable	154

ÍNDICE DE FIGURAS Y ESQUEMAS

Figura	Descripción	Pág.
1	Grados de Discapacidad según CONAPDIS 2024.....	61
2	Como referirse a las personas con discapacidad según OMS 2021.....	63
3	Como no referirse a las personas con discapacidad según OMS 2021.....	63

Esquema	Descripción	Pág.
1	<i>Distribucion de pacientes con necesidades especiales una necesidad creciente.....</i>	79
2	Modificaciones generales en el tratamiento dental según la clasificación.....	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°	Descripción	Pág.
1	Distribución de frecuencia de docentes y residentes del postgrado de odontopediatría, FOUC, 2025.....	101
2	Distribución de atención de pacientes con discapacidad durante su residencia por el postgrado.....	102
3	Distribución de utilización de alguna historia clínica de pacientes con discapacidad durante su residencia por el postgrado	103
4	Distribución de necesidad de realizar una ficha anexa a la historia clínica general del postgrado de odontopediatría para la evaluación de pacientes con discapacidad.....	105
5	Distribución sobre el término correcto para llamar a esta población es discapacidad.....	106
6	Distribución sobre el término correcto para llamar esta población es diversidad.....	107
7	Distribución sobre la necesidad de agregar algunos ítems en la historia clínica general actual para la evaluación de pacientes con discapacidad.....	108
8	Distribución sobre considerar el formato actual de la historia clínica la más recomendada para la evaluación de los pacientes con discapacidad.....	109

9	Distribución sobre considerar importante solicitar el informe médico a los pacientes con discapacidad.....	110
10	Distribución sobre considerar realizar una ficha clínica específica para los pacientes con discapacidad mejoraría su atención.....	111
11	Distribución sobre considerar realizar una ficha anexa a la historia clínica facilitaría el llenado de la misma y ayudaría a realizar un plan de tratamiento más específico.....	112
12	Distribución sobre considerar anexar una ficha anexa a la historia clínica general para pacientes con discapacidad ayudaría a mejorar las técnicas de adaptación de acuerdo al tipo de paciente.....	113
13	Distribución sobre conocer la clasificación internacional de funcionamiento de la discapacidad.....	114
14	Distribución sobre conocer la clasificación en grados de los pacientes con discapacidad.....	115
15	Distribución sobre conocer sobre los 6 tipos de discapacidad.....	116

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico	Descripción	Pág
N°		
1	Diagrama de barras sobre la cantidad de docentes y residentes en el postgrado de odontopediatría. FOUC 2025.....	102
2	Diagrama de barras de atención de pacientes con discapacidad durante su residencia por el postgrado.....	103
3	Diagrama de barras de utilización de alguna historia clínica de pacientes con discapacidad durante su residencia por el postgrado	104
4	Diagrama de barra sobre la necesidad de realizar una ficha anexa a la historia clínica general del postgrado de odontopediatría para la evaluación de pacientes con discapacidad.....	105
5	Diagrama de barras sobre el término correcto para llamar a esta población es discapacidad	106
6	Distribución sobre el término correcto para llamar a esta población es diversidad.....	107
7	Diagrama de barra sobre la necesidad de agregar algún ítems a la historia clínica actual para la evaluación de pacientes con discapacidad.....	108
8	Diagrama de barra sobre considerar el formato actual de la	

	historia clínica la mas recomendad para la evaluación de los pacientes con discapacidad.....	109
9	Diagrama de barra sobre considerar importante solicitar el informe médico a los pacientes con discapacidad.....	110
10	Diagrama de barra sobre considerar una ficha clínica específica para los pacientes con discapacidad mejoraría su atención.....	111
11	Diagrama de barra sobre considerar realizar una ficha anexa a la historia clínica facilitaría el llenado de la misma y ayudaría a realizar un plan de tratamiento específico.....	112
12	Diagrama de barra sobre considerar anexar una ficha anexa a la historia clínica general para pacientes con discapacidad ayudaría a mejorar las técnicas de adaptación de acuerdo al tipo de paciente	113
13	Diagrama de barra sobre conocer la clasificación de funcionalidad de la discapacidad	114
14	Diagrama de barra sobre conocer la clasificación en grados de los pacientes con discapacidad.....	115
15	Diagrama de barra sobre conocer los 6 tipos de discapacidad.....	116

INTRODUCCION

Para el odontopediatra la atención del niño con discapacidad es un reto, dado a la falta de los datos necesarios suministrado a través de la historia clínica, siendo esta la única forma de obtener una información del paciente de manera formal y estructurada. Razón por la cual durante el llenado de la historia clínica debe recabarse toda la información de manera integral del niño con discapacidad que va a ser atendido, incluyendo las condiciones generales, el diagnóstico, tipo y estadio de la discapacidad, las complicaciones, antecedentes médicos y odontológicos con el objeto de lograr la mejor atención.

Se define al paciente con discapacidad como aquellos que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad e igualdad de condiciones con los demás. Por estas condiciones es necesario brindarle una atención odontológica integral que sea inclusiva y respete los derechos humanos y éticos del paciente. El Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo, carece de una historia clínica para la atención de estos pacientes, razón, por la que se planteó el diseño de una ficha anexa a la historia clínica general del postgrado de odontopediatría, incorporando los datos más importantes de los pacientes con discapacidad, a fin de garantizar una atención odontológica integral, personalizada, accesible e inclusiva considerando que los niños con discapacidad pueden tener necesidades de salud específicas que requieren un seguimiento detallado, con el

objeto de reducir los riesgos médicos y complicaciones en cuanto a los diagnósticos y tratamientos.

En función de lo expuesto se plantea en esta investigación una problemática formulada en el capítulo I, argumentando teóricamente las variables expuestas en el capítulo II. A través de un estudio descriptivo y de campo utilizando un cuestionario se llevó a cabo un diagnóstico inicial sobre la necesidad de desarrollo de la propuesta, en el capítulo III; tabulando los resultados en el capítulo IV por medio de cuadros estadísticos y gráficos de barras de frecuencia, que fueron analizados y discutidos. En el capítulo V, se desarrolló la propuesta donde se redacta la ficha anexa a la historia clínica para la atención de los pacientes con discapacidad, demostrando la factibilidad de la misma. Finalmente se redactaron las conclusiones y recomendaciones, en el capítulo VI y se presentan los anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema.

La primera intervención del personal de salud con un paciente radica en la obtención de información que conduzca al análisis del problema clínico; esta tarea ha sido trabajada a lo largo del tiempo de formas muy diferentes y ha marcado la manera de cómo se enfocan los problemas de salud. La única forma de obtener la información del paciente de manera formal y estructurada, es a través de la Historia Clínica. La historia clínica se considera un documento esencial en el aprendizaje y en la práctica clínica, alcanzando una mayor complejidad en documentos y pruebas complementarias; actualmente se ha convertido en un proceso multidisciplinario y de obligado cumplimiento.¹ Es por esto, que durante la elaboración de la historia clínica se recaba información que permite comprender al paciente a tratar, de esta forma, se estructura su estado basal buscando identificar quien es, sus condiciones generales, su diagnóstico, el estadio, la agresividad de la patología, las complicaciones generadas, la comorbilidad que acompaña a la patología en estudio, así como los tratamientos previos a causa de la entidad clínica. No se considera un registro “neutral”, sino un vívido retrato tanto del paciente como del personal que permite tomar mejores decisiones en el presente, teniendo en cuenta el pasado y para ello se necesita el registro “confiado y leal” importante para el profesional que atiende.¹

Una correcta historia clínica es necesariamente extensa, pero no por ser extensa es buena. Su elaboración requiere no solo tiempo sino también una gran pericia

adquirida bajo la experiencia en el arte de la semiología, fisiología y la propedéutica clínica, siendo necesaria para lograr la perfección en su redacción e incentivando en lo importante que resulta la veracidad de los datos introducidos en ella. La calidad de la atención médica-Odontológica depende en cierta medida de la historia clínica, pues su organización y minuciosa redacción benefician la interrelación entre los diferentes niveles de atención, y refleja la ejecución de la fase cognoscitiva del trabajo médico, conocida como diagnóstico y tratamiento.²

Este documento, de carácter asistencial, ético y médico-legal, es donde se registran las claves principales del diagnóstico de cualquier enfermedad y además, orienta hacia su verdadera causa; lo cierto es, que se observa con frecuencia un deterioro progresivo en la calidad de su redacción y la ausencia de ciertos ítems preponderantes para captar elementos claves de los pacientes con discapacidad. La poca seriedad en su confección, así como las deficiencias en cuanto a la realización del interrogatorio y examen clínico condicionan que en muchas ocasiones existan errores que, de no ser rectificadas por el profesional, quedan plasmados en el documento, afectando la calidad de la atención médico-odontológica al paciente. No controlar dicho trabajo conlleva a la persistencia de sesgos en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes, quienes a fin de cuentas son los principales afectados por los errores cometidos.²

Una historia ilegible, incompleta y desordenada, perjudica tanto al profesional como a todo el personal sanitario que intervenga en ella, además contribuye de manera desfavorable en el proceso evolutivo del paciente. Es por ello, que la detección de errores como la descripción de maniobras no realizadas y la

identificación de datos inexistentes, así como la omisión de antecedentes patológicos personales, familiares o la intervención de estos al azar, deben ser considerados como fraude y manejado como tal, al tratarse de un conflicto ético que podría potencialmente comprometer la vida del paciente.²

Según Gordon & Beresin,³ mencionan que la entrevista médica, de tipo estructural es el método clínico por excelencia para el correcto diagnóstico y tratamiento. Esto está basado en principios como la cordialidad y la calidad que debe caracterizar al profesional, entrevistador e investigador. Una correcta técnica implica que se esté atento a todas las manifestaciones verbales como no verbales del paciente o de su salud, sobre todo aquellos eventos sociales que inician en la sintomatología y que deberá ser llevada lo más fiel posible a la historia clínica. Así, la historia clínica aparece en la modernidad como el instrumento por excelencia para recoger los datos durante la aplicación de este método científico.

En este orden de ideas, Bernardo y Luna,⁴ expresan las diferentes aplicaciones de la historia clínica; una de ellas es brindar un servicio asistencial al recabar la información de un paciente, en aras de continuar su atención médica; otra función importante a resaltar en cuanto a su uso es que, funciona como un método de aprendizaje e investigación; así como también, intervienen en la gestión de servicio médico-odontológico, al recabar una data epidemiológica; también se comporta como evidencia jurídica, ya que dicho manuscrito es medio probatorio frente a las demandas constitucionales, penales, administrativas, disciplinarias y civiles.

Con base a lo expresado, Antomas y Huarte ⁴ subrayan que la historia clínica se considera un documento privado que puede tener efectos en procesos judiciales, ya que no solo sirve para mostrar el avance o el seguimiento a la salud del paciente, sino que también, informa sobre la eficiencia y eficacia del sistema de asistencia médica. Es por ello que la historia clínica deberá tener datos suficientes, las pruebas hechas al paciente junto con la recopilación de los resultados, y claramente deberá tener un orden cronológico y al final deberá identificarse el médico tratante.

El incumplimiento o la no realización de la historia clínica, puede tener repercusiones legales para los involucrados, entre las que destacan: mala actuación médico-asistencial; problemas en la administración de los servicios asistenciales; responsabilidad por prejuicios al paciente, a la institución o a la administración y riesgo médico-legal.^{5,6.}

Con relación a la salud bucal el llenado correcto de la historia clínica está ligado al bienestar y la salud en general del paciente. La atención del sistema estomatognático es necesaria para prevenir y eliminar las enfermedades bucodentales, además de restaurar la forma y las funciones de la cavidad bucal. Dentro de las especialidades odontológicas, la odontología pediátrica es una especialidad de gran relevancia, ya que es la única que está encargada de brindar cuidado bucal a bebés, niños y adolescentes sanos y con discapacidad, enfrentándose a diversos desafíos clínicos provocados por la corta edad, el comportamiento durante el tratamiento o por la discapacidad que puede presentar el paciente.⁷

Es importante resaltar, que las personas con discapacidad son aquellos que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad e igualdad de condiciones con los demás. Según el informe mundial sobre la discapacidad en el año 2022, alrededor del 15% de la población vive con algún tipo de discapacidad. Sin embargo, se estima que casi el 12% de la población de América latina y el Caribe vive con al menos una discapacidad, lo que representa alrededor de 66 millones de personas.⁸

De igual manera, el informe realizado por el consejo nacional para personas con discapacidad (CONAPDIS)⁹ señala que, en el territorio venezolano actualmente no hay un porcentaje establecido de personas con diferentes tipos de discapacidad, por lo tanto, se desconoce la situación en materia de acceso a la salud. No obstante, el desconocimiento de esta situación, no implica que deba mermar su atención médica y menos aún la odontológica.

Formulación del problema.

En las últimas décadas, la disciplina de la salud como la medicina y la odontología ha sufrido grandes cambios. Se dice que las nuevas tecnologías, avances en genética e intervenciones precoces de las enfermedades antes difíciles de diagnosticar han mejorado, aumentando los índices de vida, disminuyendo la morbimortalidad infantil y cambiando la situación de longevidad de niños prematuros, que antes no sobrevivían y hoy lo logran, aunque a veces con secuelas neurológicas pre-o perinatales.¹⁰

Hoy en día, la medicina se ha ido preparando para enfrentar estos cambios, pero si bien la odontología, desde hace diez años es más inclusiva, actualmente no acompaña las medidas concretas para afrontar los nuevos paradigmas que se presentan. La demanda de atención odontológica de esta población se ha incrementado, pero la odontología no está capacitada para satisfacer esa demanda, ya que no brinda suficientes profesionales con experticia clínica.¹⁰

En este sentido, es conveniente resaltar que el Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo, cuenta con un área especializada que presta servicio a esta comunidad que se encuentra desatendida. El objetivo principal de la institución es fomentar, proteger y garantizar la atención odontológica necesaria; mientras que sus principios son: respeto, libertad, no discriminación, plena participación e inclusión en la sociedad, igualdad de oportunidades, accesibilidad y derechos a este servicio. Tanto su objetivo, como los principios denotan la inclusión de estos pacientes.

En función de lo expuesto, y siguiendo el objetivo y los principios del Postgrado de Odontopediatría, el presente estudio está dirigido a conocer la necesidad de incluir valores como honestidad, profesionalidad, responsabilidad, compromiso social y solidaridad en las historias clínicas, a fin de lograr un mejor desempeño profesional y una correcta, completa, detallada y veraz historia clínica en los pacientes con discapacidad. La presencia de una correcta historia clínica, además de que mejora el cuidado del paciente, también crea en el estudiante/residente cualidades profesionales como la capacidad de síntesis, sistematización y análisis. También le permite convertirse en un profesional con

valores de honestidad, responsabilidad y solidaridad. Todas estas cualidades y actitudes que lo hacen un profesional útil e íntegro para el ejercicio clínico. Es de esta manera, que se obtiene la evolución favorable del paciente, ya que ésta depende en cierta medida de la calidad con que se realice la historia clínica en los espacios del Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo, en manos de los estudiantes/residentes.

Aun cuando existe una historia clínica integral en odontopediatría, se requiere de un apartado que integre ciertos ítems específicos para los pacientes con discapacidad, ya que en su mayoría son pacientes con alguna condición determinada, que generalmente pueden estar asociada a un compromiso sistémico. Razón por la que se recomendó crear una ficha anexa a la historia clínica para este tipo de pacientes, a fin de mantener un enfoque organizado que agilice la atención de manera adecuada, permitiendo que toda la información quede registrada. Además, que permite generar un registro fidedigno de una data epidemiológica, que aporte información importante sobre este tipo de pacientes en la región y el país.

Por tanto, el uso de este documento en el postgrado de odontopediatría representa una gran ventaja por la necesidad de una correcta captación y recopilación de la data y la información de estos pacientes, para obtener un diagnóstico acertado, que permita alcanzar un correcto tratamiento y una resolución favorable del caso. Considerando además, el beneficio que conlleva en la formación integral científico-técnica, como ético-humanística del Odontólogo- Especialista con una educación que promueve los valores

fundamentales para la vida y la profesión. Dado a esta situación se planteo el siguiente cuestionamiento: *¿Se hace necesario diseñar una Ficha anexa a la historia clínica general, para ser aplicada en pacientes con discapacidad que acuden al postgrado de Odontopediatría de la facultad de odontología de la universidad de Carabobo?*

Objetivo General

Proponer una ficha anexa a la historia clínica para los pacientes con discapacidad que asisten al postgrado de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

Objetivos Específicos

1.- Identificar la necesidad de diseñar una ficha anexa a la historia clínica con características estructurales de formato para el manejo clínico de pacientes con discapacidad que acuden al postgrado de odontopediatría de la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo.

2.- Determinar la factibilidad técnica, institucional y social, de la elaboración de una ficha anexa a la historia clínica para la atención de pacientes con discapacidad que acuden al postgrado de odontopediatría de la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo.

3.- Diseñar una ficha anexa a la historia clínica para la atención de pacientes con discapacidad que acuden a consulta en el postgrado de odontopediatría de la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo.

Justificación

La ficha como complemento de la historia clínica representa parte del documento médico-legal, y una guía metodológica anexa que permitirá describir el estado de salud del paciente con discapacidad, e identificar de forma priorizada los problemas de salud de estos pacientes con un enfoque bio-sico-social, constituyendo ésta su función diagnóstica; además que permite la planificación, ejecución y control de cada acción en el paciente destinado hacia el fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

El compromiso del residente de odontopediatría es buscar siempre a corto, mediano y largo plazo, las mejores opciones de tratamientos para cada uno de los pacientes atendidos con discapacidad, con el anexo de la ficha diagnóstica se logra realizar un llenado correcto de la historia general, salvaguardando la confidencialidad sobre aquellos elementos relevantes que no pueden ser captados por una simple historia clínica. Esta condición representa la relevancia clínica de la investigación, donde se conjugan la triada de tiempo, paciencia y buena relación odontólogo- paciente con discapacidad- representante, estableciendo con mayor claridad los enfoques de tratamientos recomendados para cada caso.

La relevancia biológica de la ficha anexa está dada por el desafío de conocer lo que representan el paciente sano, sano con riesgo, o con discapacidad, además de las alteraciones generales que puedan ser detectadas al momento del llenado del documento, considerando que ahí reposan todas las evaluaciones, pruebas,

intervenciones y diagnósticos realizados al paciente, por ser “el único archivo o banco de datos legítimos del paciente.

Desde lo social, esta investigación es relevante para el paciente con discapacidad ya que tanto la historia como la ficha, constituyen la puerta de entrada para la atención odontológica, y su correcto llenado y el buen actuar del profesional, influye directamente en la evolución del paciente en el ámbito del clínico; la finalidad es obtener un correcto diagnóstico y plan de tratamiento para cada paciente, según la edad y las necesidades, en buena armonía.

En el marco legal, el no cumplimiento en la realización de estos instrumentos de diagnóstico puede traer consecuencias tanto para el personal sanitario, como para sus directivos, la institución e incluso para el sistema nacional de salud. De ahí la importancia de tener conciencia de lo que representa en el ámbito asistencial el correcto llenado repercutiendo positivamente en el paciente con discapacidad.

Su aporte investigativo es que ayuda a mejorar la información contenida en la historia clínica, siendo un instrumento de registro de datos importante en la solución de un problema de salud, que debe contener información veraz y trascendental, que comienza desde el acto de la entrevista médica y que culmina con el diagnóstico y plan de tratamiento, el especialista también requiere fortalecer nexos con las esferas psicológicas y sociales relacionadas con el paciente.

Por esta razón, es indudable el diseño de una ficha anexa a la historia clínica general del postgrado de odontopediatría con los datos más importantes de los

pacientes con discapacidad, ya que actualmente la historia que se utiliza no contempla un registro detallado para este tipo de pacientes.

Finalmente, es evidente la necesidad de diseñar una sección destinada para los pacientes con discapacidad que acuden al postgrado de odontopediatría. Esta ficha que se anexa a la historia clínica ofrecerá la posibilidad de realizar un registro detallado, de manera clara y sencilla contribuyendo a mejorar el diagnóstico, manejo y plan de tratamiento de esta población. Lo que capacita a los residentes a proporcionar una atención adecuada a los pacientes con discapacidad, con un efecto positivo, mejorando el servicio en el área clínica y el bienestar de los pacientes. De esta manera esta ficha anexa sirve como soporte de datos sanitarios para el acceso a la información de salud, administración de resultados, apoyo en la toma de decisiones, generación de reportes, además que permite dar continuidad a los cuidados del paciente a lo largo de su vida, representando su importancia científica.

Delimitación de la investigación

Esta investigación se realizó en el área de postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, evaluando sobre estudiantes y docentes de la especialización, la necesidad de diseñar una ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad que acuden al postgrado de odontopediatría de la Universidad de Carabobo, durante el periodo 2025.

Es un proyecto adscrito a UDACYD, en línea de investigación Calidad de vida y Bioseguridad. Temática: Calidad de vida. Subtemática: Discapacidad y grupos vulnerables. Empatía y bienestar en el proceso enseñanza/aprendizaje

(Odontólogo-Paciente). En correspondencia con las líneas y temáticas de investigación de la FOUC, este estudio preserva en conjunto con los fines universales de la odontología, la educación debe promover los valores fundamentales para la vida y la profesión, especialmente en esta época en la que la ética parece estar en crisis.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presenta el sustento teórico y legal que respalda la presente investigación, así como también los estudios más relevantes de los últimos años con respecto al tema, con el fin de conceptualizar el objeto a estudiar.

Antecedentes de la investigación.

En el ámbito internacional se presenta un estudio realizado en Paraguay, por Insaurralde¹¹ en el 2020 y tuvo como objetivo determinar la calidad del llenado de las historias clínicas de los pacientes que acuden al servicio odontológico de la facultad de odontología Santo Tomás de Aquino en el año 2019. Fue un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, con una muestra de 319 fichas correspondientes a 11 cátedras para el estudio. Se obtuvo como resultado: en cuanto a datos de filiación un total de 79% (252) historias clínicas estaban en buen estado; respecto a los datos referentes a enfermedad actual, 75% (239) fueron catalogadas en buen estado; considerando los antecedentes generales personales, 50% (160) se encontraron en buen estado; en lo que respecta al examen clínico, 60% (191) en condiciones buenas; en cuanto a la ficha odontológica del niño, 70% (223) en buenas condiciones; con respecto a las fichas odontológicas del adolescentes, adulto y adulto mayor, 50% (159) se encontraron en buenas condiciones; finalmente 80% (255) de las mismas, relacionadas con los atributos de la historia clínica se encontraron en buen estado. En cuanto a la calidad de llenado de la historia clínica se pudo observar que, 80% (255) de las mismas se encontraban en un estado bueno. Esta

investigación guarda similitud con este estudio, ya que se busca diseñar una historia que permita la recopilación de los datos fundamentales del paciente atendido.

Seguidamente, el estudio realizado por Cadena¹² en 2021 tuvo como objetivo determinar la calidad del registro y llenado de la historia clínica en pacientes con discapacidad que realizan sus controles y atenciones de salud en el servicio integral de rehabilitación Viacha (SIREVI), ubicado en el hospital municipal de Viacha, Bolivia. Este estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal evaluó 140 historias clínicas de pacientes que realizaron sus controles en discapacidad en la institución de salud en la gestión 2021. Entre los resultados, se evidenció un porcentaje elevado de historias clínicas sin un llenado correcto y completo, reflejando una inadecuada calidad en el llenado de acuerdo a normas en actual vigencia. Se concluye que se debe buscar la manera más adecuada para que la historia sea llenada de forma completa y así contar con un plan de tratamiento y actividades administrativas más efectivas que requiere un paciente con discapacidad. Ambas investigaciones presentadas guardan relación con la ejecutada, dado que miden la calidad del llenado de las historias clínicas, tanto general como en pacientes con discapacidad.

De igual manera, Chapoñan¹³ en el año 2021 evaluó la calidad y factores asociados a las historias clínicas del hospital regional Cajamarca, Perú, donde 555 historias fueron usadas en un muestreo aleatorio simple. Los resultados obtenidos demostraron que la distribución de las historias clínicas analizadas de acuerdo a grupos etarios correspondía a 35% niños y 27% adultos. De estas,

93% fueron historias clínicas incompletas y solo 7% de las mismas se consideraron completas. Los resultados demostraron que 100% de las historias clínicas, no cuentan con todos los registros de los criterios básicos establecidos. Esta investigación concluyó que solo 7% de las historias se consideraban completas, no obstante, a pesar de estar completas en su llenado, no contienen una calidad de registro aceptable, característica que se evalúa de igual manera en este estudio ejecutado.

En el estudio realizado por Orna¹⁴ en el año 2023 en Ecuador, tuvo como objetivo principal mejorar la calidad de la atención odontológica en pacientes pediátricos. Utilizaron un instrumento de recolección de datos que permitió conocer información relevante sobre el paciente y su historia médica, mejorando así los diagnósticos clínicos, previniendo alteraciones futuras y orientando adecuadamente los tratamientos propuestos por el odontólogo. Fue un estudio de tipo descriptivo- transversal; la muestra estuvo constituida por 8 especialistas miembros de la “Sociedad de Odontopediatría de Pichincha, Ecuador”, quienes cumplían con los criterios de inclusión y brindaron su aporte y aprobación para obtener el modelo final de historia clínica odontopediátrica. Como resultado se obtuvo un modelo de historia clínica odontopediátrica para implementación en la clínica odontológica de la universidad nacional de Chimborazo, listo para ser utilizado por el personal que lo requiera. El estudio concluyó que la investigación brindará un aporte significativo a la mejora en la calidad de atención odontológica para pacientes infantiles y enriquecerá otras líneas de investigación epidemiológicas, al constituir una fuente de datos sólida para futuros estudios.

Estos estudios planteados son de gran valor para esta investigación, ya que relatan la importancia de la aplicación de una historia clínica completa a la hora de evaluar a los pacientes, lo que permitirá la recopilación de datos necesarios, tanto para alcanzar una correcta impresión diagnóstica al momento de la evaluación inicial, como para establecer un plan de tratamiento el cual pueda ser descrito de manera detallada, garantizando de esta manera, la realización objetiva del seguimientos y poder así determinar el éxito del manejo y tratamiento de los pacientes. Estos últimos antecedentes reportados demuestran la importancia que tiene en la atención odontológica una historia clínica completa en su llenado y significativa en lo registrado, condición que se evaluó en la presente investigación.

Finalmente, en el ámbito nacional, se tiene el estudio realizado por Domínguez¹⁵ año 2022, en Carabobo, Venezuela, tuvo como objetivo desarrollar la sistematización y archivo del documento médico legal del postgrado de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, creando una base de datos, abriendo paso al uso de la tecnología. Entre los resultados se tienen que se logró la organización de las historias clínicas en el área de postgrado de odontopediatría, reposando de forma sistematizada las historias clínicas de los pacientes con Discapacidad. Se concluyó, que al momento de ser solicitada una determinada historia clínica por el residente, esta será localizada de manera rápida y efectiva. Esta investigación sirve de precedente para el estudio que trata de diseñar una ficha anexa a la historia Clínica específica para los pacientes con discapacidad.

Bases Teóricas.

La teoría base que fundamenta esta investigación, son los conceptos básicos de salud y calidad de vida para los pacientes con deficiencias físicas, mentales o emocionales o discapacidades.

En la actualidad, la historia clínica de los pacientes con discapacidad debe ser importante realizarla, ya que es un instrumento que ayuda a los profesionales de la salud a brindar una atención adecuada basándose en datos fidedignos del paciente, y así mejorar el diagnóstico, manejo y plan de tratamiento según la condición de cada individuo; una historia clínica llenada incorrectamente de estos pacientes puede repercutir en su salud a nivel general.

Antecedentes históricos de la historia clínica.

Los antecedentes del manuscrito de la historia clínica se han visto reflejados desde prácticamente la época Griega. Según Fombella y Cerejio⁴, la noción de historia clínica se desarrolló desde que hubo las primeras epidemias. Años después, y concretamente en la etapa del renacimiento, la historia clínica recibe el nombre de observatio, el cual es perfeccionado por Sydenham, quien ha sido considerado como el Hipócrates inglés del siglo XVIII. Para el efecto, Sydenham agregó el método anatomoclínico de la historia clínica, generando con el devenir de los años, y concretamente para los siglos XX y XXI la exigencia en su elaboración en todas las instituciones de salud.⁴

La Historia clínica.

Es un documento con importancia médico-legal, contiene una continua información invaluable entre el profesional de la salud y el paciente, desde su

principal diagnóstico, hasta cualquier acto médico que se haya presentado. La historia clínica alcanza una gran responsabilidad, desde su redacción, su legibilidad, los conocimientos científicos adecuados que quedan plasmados en ella, firmas de todos los que aportan a la misma, al igual que sus respectivos sellos, son factores que determinan su elaboración. El hospital o clínica, son los garantes del cuidado y resguardo de la historia, su contenido pertenece exclusivamente al paciente, porque se trata de una información personal estrictamente confidencial y privada.¹⁶

Según Sosa¹⁷, la historia clínica se define como un documento médico-legal, considerado la guía metodológica para describir el estado de salud e identificar de forma priorizada los problemas de salud en cada persona con un enfoque bio-sico-social, constituyendo esta su función diagnóstica; además de permitir la planificación, ejecución y control de cada acción en el paciente destinado hacia el fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.¹⁷

Para Sepúlveda¹⁸ la historia clínica representa un documento en el que se registran los antecedentes biológicos del individuo, imprescindible para el control de la salud y el seguimiento de las enfermedades. Es el punto de partida del razonamiento médico y por lo tanto tiene gran importancia médico-legal: “lo que no está escrito en la historia clínica, no está hecho”. Es además, un instrumento que sirve de nexo entre diferentes especialistas que atienden al paciente por lo cual la claridad de los datos es importante para realizar un correcto seguimiento, a la vez cautelando la confidencialidad y el respecto de la ley de derechos y deberes de los pacientes.¹⁸

Importancia de la historia clínica.

La historia clínica como documento contiene el conjunto de datos, interpretaciones y valoraciones de índole médico y social que permite analizar la evolución de un paciente, por lo tanto no debe restringirse a los datos sanitarios únicamente, pues contiene información social y de antecedentes familiares, psicosociales, entre otros.³

El expediente no se limita a contener una simple narración o exposición de hechos, además de los datos clínicos relacionados con la situación del paciente, su proceso evolutivo, estará orientado según el diagnóstico y plan de tratamiento de cada paciente de manera individual. Esto se basa en el principio de autonomía en su reconocimiento y aceptación del estado de salud o enfermedad que presente y, en su participación en las tomas de decisiones.¹⁹

Función de la historia clínica

La funcionalidad de la historia clínica como soporte de datos sanitarios para el acceso a la información de salud, administración de resultados, soporte para la toma de decisiones, generación de reportes, además permite dar continuidad a los cuidados del paciente a lo largo de su vida.³ También otras funciones importantes: es un medio de investigación, epidemiología, gestión y administración, así como elementos médico-legales.¹⁹

La historia clínica no se escribe solo para el consumo de quien la redacta. No es un documento personal, sino un registro legal que quedará archivado por años. Además, será consultado en busca de datos valiosos por especialistas,

residentes y alumnos en posteriores ocasiones para llevar el seguimiento del paciente.¹⁹

Objetivos de la historia clínicas.

El objetivo fundamental es recoger los datos de los pacientes con la finalidad de conseguir una asistencia médica de la mejor calidad. Por otra parte, Quinto²⁰ refiere que el propósito de la historia clínica es de suma importancia porque permite obtener información para tener un buen diagnóstico, siendo una herramienta útil para cualquier acto legal. En si los principales objetivos son los siguientes:²¹

- 1.- **Asistencial:** trata de conseguir una correcta elaboración del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Es el más importante y el primero que se asigna a las historias clínicas.
- 2.- **Docente:** se obtiene mediante el estudio de las historias clínicas ya que se puede conocer las enfermedades y las diferencias y coincidencias con otras.
- 3.- **Investigador:** nos permite delimitar datos nuevos, establecer las correlaciones de unos con otros, comprobar la mayor o menor eficacia de los tratamientos de procesos anteriores, etc.
- 4.- **Epidemiológicos:** nos permite conocer las bases epidemiológicas de procesos patológicos, y nos aportan datos suficientes para adoptar decisiones.

5.- **Administrativos:** podemos obtener datos de relevancia para la administración a los efectos económicos- administrativos, al conocer de una manera precisa el significado de cada uno de ellos.

6.- **Control de calidad:** una de las formas más rápida y precisa para conocer el nivel de calidad de una institución asistencial es conocer una colección de historias clínicas obtenidas aleatoriamente, ya que a través de ellas conocemos los procedimientos diagnósticos utilizados, los tratamientos y su eficacia.²¹

7.- **Médico-Legal:** es un documento público/semipúblico estando el derecho al acceso limitado, tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad del profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos, constituye un documento médico- legal fundamental y de primer orden.²²

Consideraciones al realizar una historia clínica pediátrica.

Por ser la historia clínica un documento que registra el procedimiento médico, las características involucradas en su llenado están dadas no solo por la intervención del profesional, sino también del niño y su representante, que refleja la naturaleza sensible de la información adquirida.²⁰ Por tanto es importante considerar lo siguiente:¹⁸

1. *La importancia de la historia prenatal y de nacimiento:* Historia del desarrollo. Historia social de la familia. Riesgos ambientales. Historial de inmunizaciones.

2. *Padres como historiadores*: los padres o cuidadores son habitualmente quienes relatarán la historia, síntomas y signos del paciente, con una interpretación propia de aquellos que el odontólogo debe aprender a valorar y cuya confiabilidad puede variar según las circunstancias. Sin embargo, no se debe apartar el propio niño del relato: los mayores de 4 años pueden proporcionar algo de su propia historia.
3. *Observación de las interacciones padres-hijos*: pueden interferir en la historia aspectos como las distracciones a los padres o componentes emocionales: rabia, desconfianza, temor, culpa. Es importante que el odontopediatra logre transmitir confianza y tranquilidad, jamás juzgar. Por otro lado, observar la calidad de la relación padres-hijos puede aportar información relevante.
4. *Condición o patología prolongada en el tiempo*: habitualmente son pacientes con largo historial clínico con múltiples patologías, múltiples intervenciones, múltiples profesionales, hospitalizaciones, con información dispersa o no siempre organizada ni priorizada, la cual es necesario completar y ordenar.
5. *Expectativas del paciente y familiares respecto a una condición o patología que probablemente no va a mejorar*: puede ser difícil compatibilizar con las posibilidades reales de tratamiento y estabilización clínica. Las expectativas de los pacientes y del equipo odontológico pueden no coincidir.

6. *Pacientes y familiares*: representan los sujetos claves que se vuelven expertos en la condición o patología que lo aqueja, lo que los hace más exigente, empoderados y críticos respecto a las indicaciones de manejo o tratamiento.
7. *Multiplicidad de información*: los datos que manejan pacientes y cuidadores, variados medicamentos y controles médicos; muchas veces sin el adecuado registro escrito lo cual puede inducir a errores.¹⁸

Características principales en la elaboración de la historia Clínica.

- **Profesionalidad**: se refiere principalmente a quien puede llevar a cabo un acto médico de manera idónea, y como su misma palabra lo indica, debe ser aquel profesional de la salud que sea el adecuado para realizar de la mejor manera un debido procedimiento.⁶
- **Ejecución Típica**: hace referencia a la forma de actuar del profesional, en la medicina se debe ejercer de forma correcta de acuerdo con las normas de excelencia de ese momento, sin importar las limitaciones de tiempo, lugar y entorno que pueda dificultar el ejercicio del mismo.⁶
- **Objetivo**: hace referencia a aquella información que se genera del paciente y que se debe escribir de forma clara en la historia clínica, evitando posibles distorsiones de la información y poder generar seguridad en cuanto al estado de salud que presenta el paciente.⁶
- **Licitud**: hace referencia que el mismo ordenamiento jurídico deja sentado que la historia clínica es un documento indispensable en la práctica médica, debido a esto se reviste de un carácter legal.⁶

- **Completa:** debe reflejar todos los actos médicos relevantes realizados con el paciente, dentro de los que se encuentran: anamnesis, examen físico, examen clínico Intra y extraoral, diagnóstico, tratamiento, detalles de la evolución clínica, consentimiento informado e identificación por parte del médico que asiste y que efectúa las evaluaciones.²³
- **Ordenada y actualizada:** debe contener la evolución en el tiempo de todos los acontecimientos y tratamientos que se realizan al paciente.²³
- **Inviolable y veraz:** no puede ser alterada, ya sea en sus elementos esenciales o bien mediante la inclusión de evoluciones, tratamientos o diagnósticos discordantes con la realidad.²³
- **Confidencialidad:** se considera un elemento que es parte del derecho de propiedad del usuario, entendiéndose con ello que estos datos deben ser velados y salvaguardados, siendo siempre utilizados con fines médicos, a menos que se cuente con el consentimiento expreso del paciente.^{23,24}

Aspectos legales de la historia clínica.

El incumplimiento o la no realización de la historia clínica, puede tener repercusiones legales para los involucrados, entre las que destacan: mala actuación médico-asistencial; problemas en la administración de los servicios asistenciales; responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución o a la administración: riesgo médico-legal. Por lo tanto, el no cumplimiento en la realización de este documento puede traer consecuencias tanto para el personal sanitario, como para sus directivos, la institución e incluso para el sistema

nacional de salud. De ahí la importancia de tener conciencia de lo que representa en el ámbito asistencial el cumplimiento correcto de este instrumento.⁵

Maneras de obtener la información.

- Entrevista.

La entrevista proporciona la primera oportunidad para la comunicación verbal con el paciente.²⁵ Para conducir el interrogatorio del paciente se ofrece un modelo de aprendizaje que consiste en un sistema de preguntas, con diferentes enfoques que siguen la lógica del método clínico-epidemiológico:²⁶

1. Abiertas: conllevan a la apertura espontánea de la comunicación, definen el motivo de consulta, mediante ellas el estudiante puede identificar las necesidades básicas y primarias del paciente y sus expectativas.

2. De continuidad: son preguntas que invitan a continuar o extender la oratoria del paciente o el acompañante sin restricción alguna en el tema que se aborda. Se utiliza por parte del profesional de la salud cuando se requiere ampliar algún detalle semiológico en algún aspecto clínico que aporta de forma directa e inmediata al diagnóstico.

3. Semiabiertas: propician mantener un diálogo, una comunicación abierta aun cuando exista oponencia. Implican tomar partido por una posición a favor o en contra de alguna explicación y fundamentarla, argumentarla, explicarla, demostrarla con los conocimientos teóricos y empíricos necesarios y suficientes para sostener un criterio.

a.- Focalizadora: se utiliza con el fin de centrar la atención en determinada información, tanto con el paciente como con el equipo de

salud y ganar en precisión acerca de ella, inducen a pensar en el órgano, sistema o función afectada.

b.- De variedad: se busca la diversidad en la información, otra visión o punto de vista que lleve a considerar nueva o detenidamente algún detalle semiológico, obliga a la reflexión acerca del problema.

c.- Esclarecedoras o de extensión: se refiere en lo fundamental a la búsqueda de coherencia en la información a partir de una palabra, frase o información que requiere de ampliación o profundización de la información ofrecida inicialmente, se encamina a homogenizar la información.

d.- Preguntas de especificidad: son las preguntas que se realizan para lograr precisión de algún detalle de alto valor semiológico.

e.- Explicativas, de fundamentación: se encamina a definir la razón principal o motivo con que se pretende afianzar y asegurar algo.

4. Cerradas: son preguntas de precisión cuya respuesta es sí o no; es decir definen el nivel de certeza, deben utilizarse con cautela, pues su uso puede inducir respuestas y es necesario saberla intercalar entre los diferentes tipos de preguntas según el contexto.

5. Pregunta estructural: tienen el objetivo de organizar el contenido intratópico y las transiciones, lo que contribuye a minimizar el riesgo de pérdida de hilo conductor de la entrevista, incompreensión o error de las respuestas por imprecisión en el contenido de la pregunta, puede dar paso a una pregunta abierta, semiabierta o cerrada.

6. Pregunta de cierre: para finalizar la entrevista con el paciente y su representante o familiar debe brindársele la posibilidad de expresar algún dato que, por olvido o intencionalmente por pena, tabú o desconfianza, haya omitido, lo cual puede tener valor semiológico para la enfermedad actual.^{26,25.}

Partes importantes de la historia clínica.

Entre los apartados importantes destacan: ²⁷

- Fecha de ingreso.
- Datos filiales.
- Motivo de consulta
- Historia de la enfermedad actual
- Anamnesis.
- Hábitos
- Examen Clínico.
- Signos y síntomas,
- Odontodiagrama.
- Pruebas y exámenes complementarios.
- Diagnóstico
- Pronóstico y plan de tratamiento.
- Tratamiento y evolución.

Datos del paciente y Motivo de consulta.

Principal motivación personal del paciente sano o enfermo en la consulta. Se expresa con las propias palabras del paciente y entre comillas.¹⁷

Historia de la enfermedad actual.

Descripción breve y concisa de la situación de salud que presenta el paciente ya sea en estados de salud para controlar factores de riesgo o de enfermedad para curar o rehabilitar. En resumen, se escriben los síntomas que refiere el paciente, puntualizándose las características más importantes de este.¹⁷

Para identificar los síntomas referentes a la semiología del dolor: Aparición, localización, irradiación, características o carácter, concomitantes, intensidad, alivio, agravante, desencadenante, duración, recidiva.

Anamnesis.

La anamnesis debe conducirse de manera que guíe el examen físico y la selección de los exámenes complementarios necesarios y suficientes para el planteamiento de las hipótesis diagnósticas, a partir de la indagación de los posibles semiodiagnósticos, sustentando en la lesión anatómica, la alteración fisiopatológica, así como la búsqueda de los problemas psicológicos y sociales como causa o factor precipitante de la enfermedad biológica en cuestión.²⁶

Antecedentes materno- infantil:

La historia prenatal deberá incluir informaciones relacionadas al período de gestación y al parto, enfermedades o condiciones maternas y medicamentos administrados durante el embarazo.

Es importante conocer la extensión o prolongación del embarazo. Debe ser especificado el número de semanas de gestación ya que la cantidad de semanas de gestación clasifica al recién nacido según la OMS²⁸ en:

- a) Menos de 36 semanas y 6 días: pre-término o prematuro.

- b) Prematuro extremo: < 28 semanas de gestación.
- c) Muy prematuro: 28-32 semanas de gestación.
- d) Prematuro moderado o tardío: 32-37 semanas de gestación.
- e) Desde 37 semanas hasta 42 semanas: término.
- f) Desde 42 y un día: Post-término.

Lactancia.

Alimentación de 0-6 meses: en el año 2002 la asamblea mundial de la salud²⁸ (OMS) y el fondo de las Naciones Unidas para la Infancia²⁸ (UNICEF) adoptaron la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Esta estrategia recomienda como alimentación infantil óptima la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días) e iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses de vida, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años o más.²⁸

Lactancia materna exclusiva: significa que el lactante recibe leche del pecho de su madre o leche materna extraída de su madre o de un banco de leche humana, y no recibe otro tipo de líquido o sólido.²⁸

Alimentación entre los 6-11 meses: en esta etapa se inicia la alimentación complementaria, que corresponde a la administración de cualquier alimento distinto a la leche. Existe un desarrollo o madurez morfo funcional que se caracteriza por la erupción dentaria, el uso de la musculatura masticatoria, incremento de la percepción sensorial y la modificación en la ubicación espacial de la lengua, con el consecuente desarrollo de la deglución somática o adulta.²⁸

Alimentación entre 12 -23 meses: en esta etapa la velocidad de crecimiento disminuye, lo que produce un descenso relativo de las necesidades nutricionales (con relación al peso).²⁸

Consideraciones: según la AAPD²⁹ el uso frecuente de mamadera con leche durante la noche y la lactancia a libre demanda están asociadas, pero no consistentemente implicadas en la enfermedad caries dental de la primera infancia.²⁹

Antecedentes patológicos.

Se describen todos los que son importantes para el diagnóstico de determinada enfermedad bucal, porque a partir de estos se requiere de estudios previos al tratamiento para evitar complicaciones en el tratamiento estomatológico y porque requieran de cuidados especiales:¹⁷

Entre estos se deben anotar en la historia:

- Familiograma
- Antecedentes personales. Dentro de estos entran las vacunas al día, control pediátrico al día.
- Antecedentes familiares.
- Anomalías congénitas y/o Enfermedades.
- Discapacidad.
- Antecedentes conductuales o psicológicos.
- Antecedentes cardiovasculares.
- Antecedentes respiratorios.
- Antecedentes neurológicos.

- Antecedentes renales.
- Antecedente endocrinológico.
- Antecedentes hemorrágicos.
- Antecedentes hospitalarios e intervenciones quirúrgicas.
- Reacciones a medicamentos o alimentos.
- Antecedentes odontológicos.
- Actitudes parenterales y su relación con la conducta del niño en la consulta.
- Factores socio-familiares y económicos

Hábitos.

Se escriben todos los que sean importantes para el diagnóstico y tratamiento a seguir. Entre estos tenemos:¹⁷

- ✓ Hábitos de higiene
- ✓ Hábitos dietéticos.
- ✓ Hábitos bucales deformantes
- ✓ Hábitos nocivos

Exploración clínica o Examen físico.

El examen clínico inicia con la observación clínica o comunicación no verbal, es el procedimiento que todo clínico debe realizar al atender un paciente desde que entra a la consulta hasta que sale de ella. Bajo el término de comunicación no verbal u observación clínica, agrupamos el aspecto general del paciente, los gestos del cuerpo y movimiento, la tonalidad de la piel, el timbre de la voz, etc.¹⁷

Ahora bien, el examen físico es uno de los elementos relevantes para la adecuada diligencia de la historia clínica; este examen permite la percepción directa y sensorial de la situación física y mental del usuario en salud y, por lo tanto, se exige que sea completo y además que esta información sea registrada en la historia clínica; todo de acuerdo con sus elementos básicos:

- a.- La inspección general por parte del profesional de la salud.
- b.- La palpación de los tejidos blandos permite indagar las causas y consecuencias de la anomalía.
- c.- La percusión a través de la ejecución de golpes suaves en los tejidos duros.

Todos los hallazgos encontrados en el paciente deben ser consignados en la historia clínica del paciente.³⁰

Signos y síntomas

Es relevante que el clínico tenga claro las características normales de las mismas, las cuales sirven de patrón de comparación a fin de poder detectar las anormalidades. Con respecto al tejido dentario debe quedar registrado en un odontodiagrama el cual reflejará la condición actual de la cavidad bucal y su nomenclatura debe ser conocida y respetada por todo el equipo clínico.¹⁷

Examen Intraoral: Se refiere a la parte del examen físico de la boca, con énfasis en tejidos blandos, periodonto y dientes.

Examen bucal: Se describe todo lo que de interés se detecte a partir de este orden: labios (parte interna), carrillos, periodonto (encia y periodonto de inserción), paladar duro y blando, lengua, suelo de boca, orofaringe y termina con

los dientes para lograr la continuidad con el odontodiagrama. Se debe identificar y describir todos los estados patológicos bucales.¹⁷

- **Labios, parte interna y carrillos:** se describen las alteraciones según lo planteado para las lesiones de piel y mucosa en el examen extraoral. Las lesiones que no son de interés terapéutico no se describen, cuando las lesiones son múltiples y se tratan se pueden describir de forma agrupada teniendo en cuenta las características comunes, y además las inserciones frénicas.¹⁷
- **Periodonto:** Encía patológicas, describir inflamación, sangramiento, consistencia, punteado, tamaño, textura, contorno, fistulas, bolsas (mm), imprescindibles para el diagnóstico de periodontitis, migración gingival, apical u otros hallazgos de interés clínico.¹⁷
- **Paladar duro y blando, lengua móvil y fija, suelo de boca y orofarínge.**
- **Dientes:** tipo de dentición (primaria, mixta temprana, mixta tardía o permanente), presencia de biopelícula dental (abundante o escasa), cavidades patológicas, desplazamiento dentario por traumatismos y hacia qué dirección, restos radiculares, facetas de desgaste (especificar a qué nivel, diente y si hay sensibilidad o compromiso pulpar), destrucción coronaria, movilidad dentaria (especificar grado y diente), migraciones dentarias, pérdida de la continuidad del esmalte y manchas (especificar localización, color, simetría,

bilateralidad o no, cavitadas o lisas, surcos, estrías y fosas profundas).¹⁷

- **Relación de las arcadas en oclusión:** en la dentición primaria y permanente y en todas las edades, siempre que sea clasificable. Cuando a pesar de existir relación de oclusión adecuada, se observa una vestibuloversión se puede describir, nunca dejando de reflejar el resalte, se puede utilizar este término por no constituir por sí solo un diagnóstico. En este momento se hace una valoración clínica del funcionamiento de la oclusión, con la intención de identificar la presencia de interferencias oclusales (contactos prematuros, contactos exagerados o deslizamientos no fisiológicos de las arcadas), consideradas estas un factor de riesgo, su control temprano en la dentición primaria y mixta previene las mordidas cruzadas y la desviación de la mandíbula en sentido anteroposterior o transversal y en dentición permanente por su efecto al establecimiento de hábitos perjudiciales, trastornos a nivel de la articulación temporomandibular, los dientes y el periodonto.¹⁷

Odontodiagrama.

Leyenda de colores

* **Azul:** tratamientos curativos o rehabilitadores realizados con anterioridad en buen estado a la realización del odontodiagrama.

* **Rojo:** tratamientos curativos o rehabilitadores a realizar con posterioridad a la realización del odontodiagrama en dientes dañados o ausentes.¹⁷

Diagnósticos.

Se refiere al juicio médico de la enfermedad o lesión de un paciente basado en la valoración de sus síntomas y signos, una vez que se ha realizado la anamnesis, la exploración física, examen Intraoral, antes o después de obtener pruebas diagnósticas complementarias.¹⁷

Pronóstico.

Es el juicio o conocimiento previo que se forma el estomatólogo respecto a los cambios que de forma integral se pueden sobrevenir durante la evolución de los diagnósticos hasta la conclusión de la atención primaria y las discapacidades o deficiencias que puedan generar estos en el complemento estado de bienestar físico mental y social. Se clasifica en: ¹⁷

- **Favorable:** cuando existen probabilidades de que la enfermedad tenga una buena evolución y no genere discapacidad o deficiencia.
- **Desfavorable:** cuando existen probabilidades de que la enfermedad no tenga una buena evolución o genere discapacidad o deficiencia.
- **Reservado:** cuando existen riesgos de que la enfermedad tenga una buena evolución o no genere discapacidad o deficiencia.¹⁷

Plan de tratamiento integral.

Es la aplicación de medidas técnicas encaminadas a la recuperación de la salud, es el principal objetivo de los profesionales los tratamientos preventivos (conjunto de medidas dirigidas a prevenir la aparición o la disminución de los daños generados por una enfermedad) y los tratamientos conservadores (utilización de terapias de eficacia conocida, facilitando la resolución del cuadro clínico con una

menor gravedad y un mejor pronóstico), evitando, si es posible, tratamientos invasivos o radicales (tratamientos no conservadores que opta por la terapia más agresiva).

El plan de tratamiento está íntimamente relacionado con el diagnóstico y se escribe según las prioridades establecidas en los diagnósticos y en consideración por la que viene el paciente al servicio.¹⁷

Consentimiento informado.

Lo importante, es hacer del consentimiento informado un instrumento para el cumplimiento de un principio esencial: donde la persona pueda decidir efectivamente sobre su cuerpo, como corresponde a su dignidad, y que esta decisión está basada en una información genuina, honesta y humana, como corresponde a algo tan trascendente que pueda estar afectada la salud y la vida.

Desde la primera cita se requiere la firma del consentimiento informado por parte de los padres o representantes legales, que autorice a realizar la anamnesis, examen clínico, toma de radiografías, fotografías, además de otros posibles exámenes necesarios. Durante la entrevista se debe utilizar un lenguaje claro y comprensible, se debe señalar objetivo del tratamiento o procedimientos a realizar, los riesgos y complicaciones inherentes a la intervención o a la no aceptación del tratamiento y las alternativas de tratamiento.²³

El consentimiento informado debe aplicarse antes de realizar cualquier procedimiento antes descrito y debe ejecutarse por todo profesional o estudiante.²³

Discapacidad.

Las personas discapacitadas son aquellas cuyas características físicas, mentales e intelectuales están disminuidas con respecto al resto de la población en general y por lo tanto exigen intervenciones particulares de los profesionales tratantes para su beneficio, ya sea de forma temporal o permanente, por esto es importante que desde el gremio odontológico público, privado y en especial académico, se realicen todo tipo de estudios que permitan evaluar las condiciones orales de estas personas y plantear soluciones acordes a las problemáticas encontradas.³¹

La organización mundial de la salud ³² (OMS) considera a la discapacidad como un término genérico que abarca diversas deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de participación social de quien la padece. Este mismo organismo realizó la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud, donde se agrupan las alteraciones funcionales y/o estructurales del cuerpo, con repercusiones totales o parciales.³³

El término genérico “discapacidad” abarca todas las deficiencias, las limitaciones para realizar actividades y las restricciones de participación, y se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre una persona (que tiene una condición de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales).³⁴

En el preámbulo del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³⁴ (CDPD) se reconoce que la discapacidad es un “concepto que evoluciona”, pero también destaca que la discapacidad “resulta de la interacción

entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás”. Si se define la discapacidad como una interacción, ello significa que la “discapacidad” no es un atributo de la persona. Se pueden lograr avances para mejorar la participación social abordando las barreras que impiden a las personas con discapacidad desenvolverse en su vida cotidiana.³⁴

Actualmente, las personas con discapacidad, cuentan con una ley aprobada el 5 de enero de 2007 bajo la gaceta oficial N° 38.598, en su definición de discapacidad, en el artículo 5, señala: se entiende por discapacidad la condición compleja del ser humano constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales que puede manifestarse en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse sin apoyo, ver u oír, comunicarse con otros, o integrarse a las actividades de educación o trabajo, en la familia con la comunidad, que limitan el ejercicio de derechos, la participación social y el disfrute de una buena calidad de vida, o impiden la participación activa de las personas en las actividades de la vida familiar y social, sin que ello implique necesariamente incapacidad o inhabilidad para insertarse socialmente.³⁵

Y en definición de persona con discapacidad, se entiende en el Artículo 6: son todas aquellas personas que por causas congénitas o adquiridas presenten alguna disfunción o ausencia de sus capacidades de orden físico, mental,

intelectual, sensorial o combinaciones de ellas; de carácter temporal, permanente o intermitente, que al interactuar con diversas barreras le impliquen desventajas que dificultan o impidan su participación, inclusión e integración a la vida familiar y social, así como el ejercicio pleno de sus derechos humanos en igualdad de condiciones con los demás. Se reconocen como personas con discapacidad: las sordas, las ciegas, las sordo-ciegas, las que tienen disfunciones visuales, auditivas, intelectuales, motoras de cualquier tipo, alteraciones de la integración y la capacidad cognitiva, las de baja talla, trastornos de espectro autistas y cualquier combinación de algunas de las disfunciones o ausencias mencionadas, y quienes padezcan alguna enfermedad o trastorno discapacitante, científica, técnica y profesionalmente calificadas, de acuerdo con la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud de la organización mundial de la salud.³⁵

Causas de la discapacidad.

Las tendencias actuales que causan discapacidad son las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, diabetes, cáncer, obesidad) y causas externas o traumáticas, otras causas son el envejecimiento, la desnutrición, entre otras.³⁶

Grados de la Discapacidad según CONAPDIS (2024).

El grado de discapacidad sirve precisamente para definir de la forma más objetiva posible hasta qué punto la discapacidad afecta la autonomía de una persona para poner a su disposición las herramientas y ayudas necesarias.³⁷

La discapacidad se valora en grados y porcentajes. Responde a criterios técnicos unificados y fijados por el Consejo nacional para las personas con discapacidad (CONAPDIS)¹⁵. Existen cinco grados de discapacidad:^{37,38}.

- **Grado 1:** Discapacidad nula, la persona puede tener síntomas, signos o secuelas de un accidente o enfermedad, pero no hay dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.
- **Grado 2:** Discapacidad Leve, aparecen algunas dificultades para las actividades de la vida diaria, pero todas se pueden realizar. Se mantienen los signos, síntomas o secuelas.
- **Grado 3:** Discapacidad Moderada, supone una disminución importante de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, la persona puede realizar las tareas de autocuidado.
- **Grado 4:** Discapacidad Grave, se encuentran afectadas también las capacidades de la persona para las actividades de autocuidado.
- **Grado 5:** Discapacidad muy grave, es el más elevado de los grados de discapacidad. Implica una imposibilidad para realizar las actividades de la vida diaria.

La clasificación en uno u otro grado de discapacidad depende del grado de afectación para la realización de las actividades de la vida diaria.^{37,38}.



Fig.1 Grados de Discapacidad según CONAPDIS 2024.³¹

Concepto de Deficiencia, Discapacidad, Minusvalía y Neurodivergencia.

El esquema propuesto en la clasificación internacional de deficiencias, discapacidad y minusvalías serían según (Cortezo Vidal, 2018):³¹

- **Deficiencia:** es la anomalía o pérdida en una estructura anatómica o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- **Discapacidad:** es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal en un ser humano.
- **Minusvalía:** es una situación de desventaja para un individuo determinado consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (por edad, género o factores sociales y culturales).³⁹
- **Neurodivergencia:** Es un término que refleja la diversidad del funcionamiento neuropsicológico humano, desafiando las nociones

tradicionales de “normalidad” y “anormalidad”. Promueve la aceptación y valoración de diversas formas de percepción y desempeño en el mundo, siendo crucial para dismantelar prejuicios y crear ambientes desafiantes. Judy Singer, socióloga autista, acuñó el término “Neurodivergencia” en los años 90, para describir variaciones neurológicas como parte natural y valiosa de la diversidad humana. Antes de este término, las diferencias neurológicas eran vistas desde un enfoque deficitario, como el Trastorno Espectro autista (TEA), el Trastorno de Déficit Atencional (TDAH), la dislexia, entre otros.⁴⁰

Organización Mundial de la Salud (OMS).

- **1948:** Clasificación internacional de enfermedades (CIE-6)
- **1979:** Clasificación internacional de discapacidades (CID)
- **1980:** Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. (CIDDM)
- **2001:** Clasificación internacional del funcionamiento, las discapacidades y la salud (CIF).

El término que Venezuela le da a esta disfunción es discapacidad.

Persona con Discapacidad
Persona con Discapacidad Motriz: Persona con movilidad reducida. Persona en silla de ruedas. Persona de talla baja. Persona con parálisis cerebral.
Persona con Discapacidad Auditiva : Persona con hipoacusia. Persona sorda. Sordo(a).
Persona con Discapacidad Visual: Persona ciega. Ciego(a). Persona con baja visión.
Persona con Discapacidad Intelectual: Persona con Síndrome de Down. Persona con Trastorno Autista.
Persona con Discapacidad Psicosocial/Mental: Persona con Trastorno Mental. Persona con depresión mayor. Persona con esquizofrenia. Persona con trastorno bipolar.

Fig. 2 Como referirse a las personas con discapacidad según OMS 2021.⁴¹

Personas con capacidades diferentes o especiales. Discapacitados. Inválidos. Angelitos. Disminuidos...
Minusválido, incapaz, impedido, enanito...
Sordomudo, sordito (todos los diminutivos)
Invidente, cieguito (todos los diminutivos)
Retrasado mental, mongol, tonto o tarado, deficiente...
Loco, loquito, trastornado, perturbado, demente...

Fig. 3 Como no referirse a las personas con discapacidad según OMS 2021.⁴¹

Clasificación de los pacientes con Discapacidad según Castañeda.

Las personas con discapacidad se clasifican en 4 grupos, según las afecciones que presentan:^{42,43.}

Grupo I: Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. En este grupo se incluirán:

- Pacientes diabéticos: aquellos afectados de diabetes mellitus, tanto insulino-dependiente como no insulino-dependiente.
- Pacientes Cardiopatas: aquellos que presentan algunas de las siguientes patologías: cardiopatía isquémica, valvulopatías, insuficiencia cardíaca y pacientes con trasplante cardíaco.
- Pacientes nefrópatas: aquellos portadores de alguna de las siguientes patologías: Enfermedad renal crónica, pielonefritis crónica, litiasis renal crónica, hidronefrosis crónica, nefrectomatizados y pacientes con trasplante renal.
- Paciente con discrasias sanguíneas: aquellos que muestran algunas de las siguientes enfermedades: leucemia, drepanocitemia y otros tipos de anemias crónicas.
- Pacientes Epilépticos: lo que padezcan cualquier tipo de epilepsia independiente de su clasificación.

Grupo II: Pacientes con enfermedades que provocan déficit motor. Se incluirán en este grupo a los siguientes:

- Parapléjicos: aquellos que presenten parálisis más o menos completas de partes simétricas, de ambos miembros superiores o de ambos miembros inferiores.
- Cuadripléjicos: aquellos que presenten parálisis de los 4 miembros.
- Hemipléjicos: aquellos que presenten parálisis de un lado del cuerpo.
- Otros: se incluirán en este grupo a aquellos pacientes que durante nuestra investigación observemos que tienen alguna otra patología que los incapacite desde el punto de vista motor y requieran consideraciones estomatológicas.

Grupo III: Pacientes con enfermedades que provocan déficits sensoriales. A este grupo pertenecerán los siguientes pacientes:

- Ciegos: aquellos privados de la visión.
- Sordos: aquellos privados del sentido de la audición.
- Sordo-mudos: aquellos pacientes que se encuentren privados del sentido de la audición y de la palabra, esta última debido a la sordera congénita o adquirida poco después del nacimiento.

Grupo IV: Pacientes con retardo mental. Aquellas personas que presenten desarrollo anormal de los problemas psíquicos fundamentales, los cognoscitivos superiores, o sea, los que tienen defectos estables de su actividad cognoscitiva (percepción, procesos voluntarios de la memoria, pensamiento lógico-verbal, lenguaje, y otras), a consecuencia de una lesión orgánica cerebral.

Según la clasificación los niveles de retraso mental son:

- Fronterizo (CI: 68-83)
- Ligeros (CI: 52-67)
- Moderados (CI: 36-51)
- Severos (CI: 20-35)
- Profundos (CI: por debajo de 20).

La clasificación anterior contempla los grupos II, III y IV como pacientes especiales, y se consideran por otros autores como discapacidades sensoriales y físicos. También se plantea que estos grupos presentan deficiencias, que es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica; la misma supone un trastorno orgánico que produce una limitación funcional, que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. De manera que, bajo el concepto de pacientes con discapacidad son agrupados con deficiencias físicas, sensoriales, psíquicas y de relación.⁴³

El grupo I, aparecen algunas enfermedades crónicas, pudiera corresponderse con los llamados pacientes con compromiso médico o sistémico, o sistémicamente comprometidos. Son aquellos que tienen una enfermedad general de base, que pueden presentar manifestaciones en la cavidad bucal, o que pueden crear interacciones con el pronóstico y tratamiento clínico bucal del paciente; es decir, aquellas enfermedades que afectan al cuerpo totalmente y no a una sola parte o un solo órgano. Se presenta en un gran número de la población y es de importancia lograr reconocer esas enfermedades debido a que pueden poner en riesgo la vida del paciente.⁴³

La literatura plantea que estas son las causantes de la mayoría de muertes y de discapacidades mundiales en la actualidad.

Tipos de Discapacidades según la OMS.⁸

Discapacidad Intelectual.

Se define a toda aquella limitación del funcionamiento intelectual que dificulta la participación social o el desarrollo de la autonomía o de ámbitos como el académico o el laboral, poseyendo un coeficiente intelectual inferior a 70 e influyendo en diferentes habilidades cognitivas y en la participación social.⁴⁴

Se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se percibe como un estado de funcionamiento de la persona que puede cambiar significativamente en función de los apoyos que recibe, y no como una característica interna e invariable. “el enfoque multidimensional en la comprensión de la discapacidad intelectual describe cómo el funcionamiento humano y la presencia de la discapacidad intelectual implican la interacción dinámica y recíproca entre habilidad intelectual, conducta adaptativa, salud, participación, contexto y apoyo individualizados.”⁴⁵

Las personas con discapacidad intelectual pueden enfrentar desafíos en áreas como la comunicación, la resolución de problemas y la toma de decisiones. En niños, este tipo de discapacidad puede manifestarse de diversas maneras y en

diferentes grados. Puede afectar su capacidad para aprender y desarrollarse a un ritmo similar al de sus compañeros.⁴⁶

Las causas de la discapacidad intelectual pueden ser variadas, y algunas de las causas más comunes incluyen condiciones genéticas como el síndrome de Down, el síndrome alcohólico fetal y el síndrome X frágil. Además, problemas congénitos, infecciones o lesiones cerebrales antes o después del nacimiento también pueden contribuir a esta discapacidad.⁴⁶

No es suficiente centrarse en un solo aspecto de la persona, por ejemplo, su coeficiente intelectual (C.I.), sino que es fundamental hacer una descripción de sus habilidades y limitaciones a nivel de conductas adaptativas que son básicas en su funcionamiento cotidiano.⁴⁶

Tipos de discapacidad intelectual según Maita.⁴⁶

No se limita a síndromes específicos, como el síndrome de Down o el autismo. Su clasificación se basa en el cociente intelectual, medida que evalúa la capacidad cognitiva en relación con la población de la misma edad.⁴⁶

1. ***Discapacidad intelectual leve:*** presentan coeficiente intelectual entre 50 y 70. Pueden enfrentar desafíos en el aprendizaje, pero con el apoyo adecuado, logran cierta autonomía.
2. ***Discapacidad intelectual moderada:*** con el coeficiente intelectual entre 35 y 50, quienes la padecen requieren mayor atención y apoyo para enfrentar desafíos.
3. ***Discapacidad intelectual grave:*** cuando el coeficiente intelectual oscila entre 20 y 35, las necesidades de atención y apoyo son aun más

significativas, las dificultades en la comunicación y el aprendizaje son palpables en su vida cotidiana.

4. **Discapacidad intelectual profunda:** con un coeficiente intelectual inferior a 20, las personas con esta condición demandan atención constante para realizar tareas diarias, enfrentando desafíos severos en la comunicación y el aprendizaje.⁴⁶

Discapacidad Cognitiva.

La discapacidad cognitiva es un término amplio que abarca una serie de condiciones que afectan las habilidades mentales y el funcionamiento intelectual de una persona. A menudo, se caracteriza por dificultades en el procesamiento de información, la adquisición de conocimientos, la memoria, la resolución de problemas y la toma de decisiones. Estas dificultades pueden manifestarse de diversas maneras y pueden variar en gravedad de una persona a otra.⁴⁷

Una de las condiciones más comunes dentro de la discapacidad es el trastorno del espectro autista (TEA), que se manifiesta en dificultades en la comunicación social, patrones de comportamiento repetitivos y restricciones en los intereses. Otra condición es la discapacidad del aprendizaje, que puede afectar la adquisición de habilidades académicas básicas, como la lectura, la escritura y las matemáticas.⁴⁷

La discapacidad cognitiva puede tener múltiples causas, incluyendo factores genéticos, lesiones cerebrales, condiciones médicas y ambientales. Es esencial destacar que esta condición no se relaciona con la inteligencia general de una

persona, ya que muchas personas con discapacidad cognitiva tienen habilidades excepcionales en otras aéreas.⁴⁷

Etapas del desarrollo cognitivo Según Piaget.⁴⁷

1.- *Periodo sensoriomotor (0-2 años):* en esta fase, los bebés aprenden sobre el mundo a través de sus sentidos y movimientos. Experimentan con sus reflejos naturales y exploran el entorno a través de acciones como gatear. Comienzan a darse cuenta de que sus acciones pueden cambiar las cosas a su alrededor.

2.- *Periodo preoperatorio (2-7 años):* durante esta etapa, los niños desarrollan la capacidad de representar mentalmente objetos y eventos. Comienzan a usar el juego simbólico y su lenguaje mejora significativamente. Pueden imitar a adultos y a otros niños en sus juegos.

3.- *Periodo de las operaciones concretas (8-12 años):* en esta fase, los niños comienzan a utilizar la lógica para resolver problemas y entender el mundo que los rodea. Pueden hacer inferencias basadas en la experiencia y la lógica. Por ejemplo, comprenden que la cantidad de agua sigue siendo la misma cuando se vierte de un recipiente a otro, incluso si parece diferente.⁴⁷

4.- *Periodo de las operaciones formales (12-16 años):* en la adolescencia, los jóvenes desarrollan la habilidad de razonar de manera abstracta y lidia con problemas hipotéticos. Pueden analizar múltiples premisas y considerar diferentes hipótesis. También pueden reflexionar sobre su propio pensamiento, lo que se llama metacognición.⁴⁷

Retraso global del desarrollo psicomotor.

Se define retraso global del desarrollo psicomotor (RDSDM) como un retraso significativo (definido como dos o más desviaciones estándar por debajo de las normas de referencia para la edad) en la adquisición de habilidades en dos o más áreas del desarrollo: área motora gruesa o fina, cognitiva, lenguaje, social/adaptativa y actividades de la vida diaria, que pueden ser directamente observables y medibles. El término refleja la dificultad en la valoración objetiva confiable y consistente de inteligencia y procesos cognitivos en el niño menor de cinco años. En niños mayores, en el que se puede hacer una medición formal de cociente inteligente, se aplica al término de discapacidad intelectual (DI).⁴⁸

Se ha llamado la atención en relación con la posible interpretación del término retraso o retardo como un continuo del desarrollo típico más que como una discapacidad, lo que se presta a confusión y expectativas poco reales en la familia afectada, así como también existe la tendencia a darle la calidad de diagnóstico, y no considerar el RDSDM como un fenotipo amplio y heterogéneo, manifestación de diversos trastornos o etiologías subyacentes.⁴⁸

Se estima que el RDSDM afecta entre 1 a 3% de todos los menores de cinco años en países industrializados, cifra que es probablemente superior en países en desarrollo. La mayoría de los estudios muestran una preponderancia masculina de 40% en la prevalencia de RDSDM y DI, que se explica en parte por las causas de discapacidad ligadas al cromosoma X, como síndrome de X frágil. Se han reportado más de 200 condiciones y más de 90 genes de discapacidad

intelectual ligada al cromosoma X, por lo que en niños con DI de etiología indeterminada es justificable realizar un estudio genético.⁴⁸

Discapacidad Física o motora.

La discapacidad motora o física es aquel tipo de limitación general por la presencia de una problemática vinculada a una disminución o eliminación de capacidades motoras o físicas, como por ejemplo la pérdida física de una extremidad o de su funcionalidad habitual. Este tipo de discapacidad surge en el contexto de problemas medulares, accidentes de tráfico, traumatismo craneoencefálico, enfermedad médica generadora de limitaciones física, amputaciones, malformaciones congénitas o accidentes cerebrovasculares (ACV).⁴⁴

Las discapacidades físicas suelen recibir múltiples clasificaciones en función de diversos criterios. La causa reside en la pluralidad y dispersión de conocimiento con relación a esta afectación.

La clasificación de las discapacidades físicas combina varios criterios, según Vásquez:⁴⁹

1. ***Discapacidades físicas motrices:*** incluye discapacidades motrices sin afectación cerebral (secuelas de poliomielitis, lesión medular, amputación, espina bífida, miopatía, escoliosis, otras discapacidades motrices) y discapacidades motrices con afectación cerebral (parálisis cerebral, accidente cerebrovascular).

2. **Discapacidades físicas por enfermedad:** incluyen asma infantil, epilepsia, dolor crónico, enfermedad renal y otras discapacidades físicas por enfermedad crónica.
3. **Discapacidad física mixta:** incluye plurideficiencias, secuelas de hospitalización e inmovilización o relacionadas con el movimiento de las extremidades.⁴⁹

Discapacidad Sensorial.

Hace referencia a la existencia de limitaciones derivadas de la existencia de deficiencias en alguno de los sentidos que nos permiten percibir el medio sea externo o interno. Existen alteraciones en todos los sentidos, si bien las más conocidas son la discapacidad visual y auditiva.⁴⁴

Discapacidad Auditiva.

La organización mundial de la salud⁵⁰, define con pérdida de audición incapacitante a aquellas personas con pérdida de audición, para las personas con discapacidad auditiva no sólo el lenguaje y la comunicación están afectados, sino también el estímulo que producen los sonidos ambientales, por la falta de integración con los otros sentidos.⁵⁰

Se dice que alguien que sufre de pérdida de la audición (hipoacusia) cuando no es capaz de oír bien como una persona cuyo sentido del oído es normal, es decir cuyo umbral de audición en ambos oídos es igual o mejor a 20 dB. La hipoacusia puede ser leve, moderada, grave o profunda, y puede afectar a uno o ambos oídos.⁵⁰

Las principales causas de este trastorno puede ser congénitas o adquiridas en la primera infancia; infecciones crónicas del oído medio; hipoacusia inducida por el ruido, relacionada con la edad, o debido a fármacos ototóxicos que dañan el oído interno.⁵⁰

Las consecuencias de la hipoacusia son amplias y pueden ser profundas. Incluyen la pérdida de la capacidad para comunicarse con otros; el desarrollo tardío del lenguaje en los niños, lo que puede dar lugar a aislamiento social; la sensación de soledad y frustración. En los países en desarrollo, los niños con hipoacusia o sordera no suelen estar escolarizados.⁵⁰

Clasificación.

Según parte del oído afectado.⁵¹

- ***Hipoacusia conductiva:*** la zona alterada es la encargada de la transmisión de la onda sonora. La causa se sitúa en el oído externo y medio, también las producidas por lesión de la trompa de Eustaquio, que es un conducto que une el oído medio con la rinofaringe. Hay una deficiencia de la transformación de energía en forma de ondas sonoras a ondas hidráulicas en el oído interno por lesiones localizadas en el oído externo y/en el oído medio.
- ***Neurosensorial:*** en el oído interno y/ en la vía auditiva. Se llama también hipoacusia de percepción y la causa radica en el oído interno o en las estructuras centrales (nervio auditivo, etc.)

- **Mixta:** es una combinación de ambas, hipoacusia conductiva e hipoacusia neurosensorial.

Según la causa: ⁵¹

Hereditaria genéticas.

- **Recesivas:** los padres son portadores de la enfermedad, pero no son hipoacúsicos.
- **Dominantes:** constituye el 10% de la hipoacusias; uno de los padres es portador del gen afectado y es hipoacúsico.

Adquiridas.

- **Prenatales:** enfermedades de la madre durante el embarazo puede ser causa de hipoacusia en el niño, sobre todo si se da entre la 7ma y 10va semana. Entre las más graves nos encontramos con la rubeola, sarampión, varicela, alcoholismo, etc.
- **Neonatales:** traumatismo durante el parto, anoxia neonatal (falta de oxígeno), prematuridad, ictericia (aumento de la bilirrubina en la sangre por incompatibilidad Rh).
- **Postnatales:** otitis y sus secuelas, fracturas del oído, afecciones del oído interno y nervio auditivo, intoxicaciones por antibióticos, meningitis y encefalitis, tumores, etc.

Según su intensidad: ⁵¹

- **Leve:** pérdida inferior a 40 decibelios.
- **Moderadas:** de 40 a 70 decibelios.

- **Severas:** superiores a 70 decibelios. Conforme a la seguridad social se considera una persona sorda a partir de 75 decibelios.
- **Sordera o cofosis:** pérdida total de la audición.

Discapacidad Visual.

La discapacidad visual (DV), se define como aquellas personas que producto de la interacción entre la disminución o pérdida de las funciones visuales y las barreras ambientales, presentan dificultades para participar en las actividades de la vida diaria. Por lo tanto, las personas que presentan discapacidad visual se caracterizan por tener una función limitada de su capacidad visual y la interacción con el entorno, así pues, la vista tiene como objetivo primordial la integración de las diversas modalidades sensoriales y comprensión de distintas informaciones que se reciben por los sentidos.⁵²

Por ello, los niños con discapacidad visual demoran más en rodar, sentarse con independencia, ponerse de pie y adquirir la marcha con autonomía, lo que demuestra la importancia de la visión, no sólo como un factor de motivación, sino que también, para desarrollar los mecanismos de control motor.

De igual forma, los niños al estar poco motivados por el movimiento, produce retrasos en las conductas relacionadas con la movilidad autoiniciada: levantarse hasta quedar sentado, ponerse de pie, gatear y caminar sin ayuda, por lo mismo, también expresa que es relevante y necesario estimular al máximo las habilidades motoras.⁵²

Discapacidad Mental o Psicosocial.

Se habla de discapacidad psíquica cuando estamos ante una situación en que se presentan alteraciones de tipo conductual y del comportamiento adaptativo, generalmente derivadas del padecimiento de algún tipo de trastorno mental.⁴⁴

Discapacidades múltiples o pluridiscapacidad.

Este tipo de discapacidad es la que deriva de una combinación de limitaciones derivadas de algunas de las anteriores deficiencias.⁴⁴

La pluridiscapacidad es una discapacidad grave de expresión múltiple, en donde se asocian dos o más discapacidades como la discapacidad física, discapacidad intelectual, discapacidad sensorial o una salud frágil que puede ser severa o profunda. Esta provoca una restricción extrema de aspecto y posibilidades de la percepción, de la expresión, emociones y de la relación. Las personas experimentan un desarrollo retrasado y a menudo requieren un alto nivel de apoyo y atención en su vida diaria.⁵³

Odontología en personas con discapacidad

La odontología en personas con discapacidad debe fundamentarse en el conocimiento de bases o pilares desde los cuales trabajar en estrategias de atención inclusiva. Ellos son:

- a. ***Conocer el amplio espectro de discapacidades:*** su etiología y patología (de origen genético, congénito, infeccioso, traumático; desórdenes o alteraciones específicas que provocan trastornos motores, mentales, psíquicos, sensoriales), además del

conocimiento de enfermedades sistémicas y su grado de riesgo médico.

- b. **Trabajar en equipos multi-, inter- y trans disciplinarios:** para realizar un abordaje integral, social y personalizar el plan de tratamiento.
- c. **Conocer la patología bucodental** específica que presentan algunas enfermedades, así como las manifestaciones orofaciales y funcionales.
- d. **Conocer las técnicas de manejo de la conducta,** a fin de evaluar la modalidad de atención adecuada y personalizada que incluya procedimientos de sedación ambulatoria y tratamiento bajo anestesia general en los casos indicados.
- e. **Capacitarse y actualizarse continuamente.** En general, en personas con discapacidad la patología bucodental de origen infeccioso (caries, enfermedad periodontal tiene más prevalencia, ya sea por causas inherentes a la patología de base como por las limitaciones de la discapacidad (higiene bucodental inadecuada o ausente). En desórdenes neuromusculares severos encontramos presencia de maloclusiones; en patologías de origen genético, alta incidencia de hipocalcificaciones, hipoplasia, amelogénesis imperfecta, lesiones severas de la mucosa bucal. Las diferentes complejidades de la patología bucodental y las disfunciones

orofaciales ameritan el trabajo con protocolos basados en evidencia científica.¹⁰

Manifestaciones bucales de los pacientes con Discapacidad.⁵⁴

Esquema N°1.. Distribucion de pacientes con necesidades especiales una necesidad creciente

Patología	Manifestación
1.- Enfermedad Caries Dental	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones de caries activas e inactivas.
2.- Enfermedad periodontal	<ul style="list-style-type: none"> • Halitosis • Calculo dental • Placa dentobacteriana. • Hiperplasia Gingival asociada a medicamentos. • Gingivitis. • Pouching
3.- Habitos nocivos y parafuncionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Bruxismo. • Deglusion Atipica. • Succion digital y labial. • Respiración bucal. • Onicofagia
4.- Maloclusiones.	<ul style="list-style-type: none"> • Apiñamientos. • Mordidas cruzadas anteriores y posteriores. • Protusion del maxilar
5.- Alteraciones de numero y forma.	<ul style="list-style-type: none"> • Dientes conicos. • Hipoplasia del esmalte. • Hipocalcificacion del esmalte. • Hipodoncia. • Taurodontismo.
6.- Maxilar y paladar.	<ul style="list-style-type: none"> • Hendidura labial-palatina. • Hipoplasia del maxilar. • Paladar profundo.
7.- Labio y lengua	<ul style="list-style-type: none"> • Macroglosia. • Lengua fisurada.
8.- Traumatismos dentales.	
9.- Retardo de la erupción.	
10.- Alteración muscular-Babeo	
11.- Candidiasis.	

Fuente: Morales M. Pacientes con necesidades especiales una necesidad creciente, Caracas, Venezuela 2018

Clasificación American Society of Anesthesiologist (ASA) 1962.⁵⁵

La escala American society of Anesthesiologist Physical Status (ASA PS) es una de las escalas mas utilizadas en el mundo por mas de 60 años, fue publicada en el año 1941 por Saklad, Rovensteine y Taylor, e incorporaba ejemplos de patologias para cada categoria de la clasificación. Posteriormente, fue modificada por Dripps y adoptada oficialmente en 1962 por la American Society of Anesthesiologist (ASA).

Actualmente, es utilizada y registrada de manera universal por anestesiología de todo el mundo, siendo parte integral de la evaluación preanestésica de cada paciente, tanto en la consulta ambulatoria, como en los momentos previos a la cirugía, y componente importante de la calidad de la atención del proceso quirúrgico.

La clasificación ASA PS es una escala de 6 categorias y se usa ampliamente para evaluar la salud general preoperatoria de los pacientes. Es un sistema simple, basado exclusivamente en la evaluación clínica, es una clasificacion confiable y facil de aplicar, diseñada inicialmente para describir el estado físico de los pacientes, teniendo en cuenta sus enfermedades. Sin embargo, numerosos estudios han demostrado que la clasificacion se correlaciona bien con el riesgo perioperatorio, funcional y mortalidad.

Esquema N° 2: Modificaciones generales en el tratamiento dental según la clasificación

	Tipo de paciente	Modificación en el tratamiento
ASA I	Pacientes Sanos. Toleran bien el estrés.	No es necesaria ninguna modificación.
ASA II	Enfermedad Leve. Ansiedad extrema.	Adecuación del tratamiento a sus necesidades.
ASA III	Enfermedad sistémica grave no incapacitante.	Protocolo de minimizar riesgos.
ASA IV	Enfermedad incapacitante.	Odontología Hospitalaria.
ASA V	Moribundo.	Tratamiento paliativo.
ASA VI	* Muerte clínica	

Fuente: ASA según Silvestre FJ.

Abordajes de adaptación a pacientes con discapacidad.

La salud bucal está ligada al bienestar y la salud en general, y los pacientes con discapacidad a lo largo de su vida pueden tener un mayor riesgo de enfermedades orales y esto se debe a las limitaciones de la higiene dental causadas por sus posibles discapacidades intelectuales, motoras o sensoriales. Sin embargo, el cuidado en estos pacientes a menudo tiende a ser descuidado ya que los padres pueden llegar a priorizar otros problemas médicos sobre la salud bucal y no miden la necesidad de un tratamiento dental.

Los especialistas en odontopediatría cuentan con habilidades para mejorar la conducta del niño, sin embargo, la situación se complica cuando la atención dental va dirigida para un paciente con algún tipo de discapacidad. Por lo

general, los odontopediatras brindan atención odontológica mediante la utilización de técnicas básicas. Para tratar a niños con discapacidad es importante que esté complementado su tratamiento oral con técnicas avanzadas como la restricción física e incluso la utilización de sedación o anestesia general. La elección de la técnica por parte de un profesional hábil debe personalizarse después de comprender completamente las cualidades cognitivas, sociales y emocionales del niño.

Para tratar con éxito al paciente con discapacidad, la relación debe establecerse entre el equipo dental, el paciente y su padre o cuidador. Es esencial realizar la evaluación y planificar el tratamiento, el especialista debe considerar no solo los riesgos físicos y médicos para el individuo, sino también los problemas sociales, con el fin de ayudar a mejorar la satisfacción del paciente y de los padres. El manejo del comportamiento es una metodología continua integral dirigida a construir una relación especialista- niño- padres, con la finalidad de eliminar la angustia, ansiedad, miedo y en última instancia generar confianza.⁵⁶

Técnicas para el manejo de la conducta Según Bartolomé (2020).⁵⁷

Técnicas Aversivas

Orientadas a manejar la conducta interrumpen o impiden concluir el tratamiento odontológico. Se busca que el odontólogo pueda manejar la situación y acondicionar al paciente psicológicamente o restringirlo físicamente.

- Control de voz.
- Mano sobre boca (ya en desuso).
- Abre boca o estabilizador de mordida.

- Estabilizador protectora (restricción física).

- **Activa**: control mediado por el odontólogo o persona auxiliar.

- **Pasiva**: control mediado por elementos mecánicos sabanas, envoltorios, papoose board, macril.

Ideal para pacientes con trastornos del espectro autista, parálisis cerebral, síndrome de Down.

Técnicas comunicativas

Se requiere que el paciente haya alcanzado la madurez suficiente que permita un intercambio entre el mismo y su odontólogo, el cual utilizara un lenguaje básico para el paciente.

- Desensibilización.
- Decir-Mostrar-Hacer.
- Modelamiento.
- Manejo de la contingencia (refuerzos positivos/negativos).
- Distracción.

Ideal para pacientes con TEA, deficiencia auditiva, síndrome de Down.

Técnicas farmacológicas

Cuando el paciente es incapaz de tolerar sin molestias los procedimientos dentales a pesar de una técnica anestésica adecuada.⁵⁷

Sedación y Anestesia General

Los pacientes que presentan características médicas y cuyas condiciones de tratamiento ocasionan mayor dificultad, requieren de cuidados particulares en

comparación con la mayoría de la población; es por ello que son llamados pacientes con condición de discapacidad. Estos pacientes presentan limitaciones físicas, médicas o cognitivas que restringen la atención odontológica.

Las técnicas de manejo de conducta pediátrica son diversos métodos de influencia recíproca de comunicación y educación que se aplican para controlar el comportamiento del paciente infantil durante la consulta odontológica. El objetivo principal del especialista es proporcionar un ambiente de confort al paciente y al representante, reduciendo la ansiedad, el temor y educándolos con respecto a la importancia de la salud bucal. En la odontología pediátrica las técnicas de manejo de la conducta se pueden clasificar en dos grupos: básicas y avanzadas. La sedación y la anestesia general son técnicas de manejo farmacológico avanzado, que se caracteriza por el estado de inconsciencia, ausencia de sensación del dolor, relajación muscular, pero con el sistema nervioso visceral bajo protección.

La Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) reconoce que la atención médica primaria, general y terapéutica de los individuos con discapacidad forman parte integral de la especialidad de odontología pediátrica. El especialista debe coordinar la atención mediante consulta con los demás proveedores de cuidados del paciente sobre medicación, sedación, anestesia general y restricciones especiales necesarias para la prestación segura de la atención de salud bucal, es por ello que bajo condiciones de discapacidad debe ser de carácter inclusivo, conociendo las técnicas de manejo de la conducta para establecer modalidad de atención adecuada y personalizada, donde también se deben incluir

procedimientos bajo sedación ambulatoria y anestesia general cuando este indicado.⁵⁸

Niveles de Sedación según American Dental Association (ASA) 2016:⁵⁹

1. **Sedación mínima:** es un nivel de conciencia mínimamente deprimido que retiene la capacidad del paciente para mantener de forma independiente y continúa una vía respiratoria y responde de manera adecuada a la estimulación física o al comando verbal y que se produce mediante un método farmacológico o no farmacológico o una combinación de los mismos. Aunque la función cognitiva y la coordinación puede ser moderada afectadas, las funciones respiratorias y cardiovasculares no se ven afectadas.
2. **Sedación moderada o sedación consciente:** es una depresión de la conciencia inducida por fármacos durante la cual los pacientes responden intencionalmente a órdenes verbales ya sea solos o acompañados de estimulación táctil ligera. No se requieren intervenciones para mantener una vía aérea abierta y espontánea la ventilación es adecuada. La función cardiovascular generalmente se mantiene.
3. **Sedación Profunda:** se refiere a la depresión de la conciencia inducida por fármacos durante la cual los pacientes no pueden despertarse fácilmente, pero responden intencionadamente después de una estimulación repetida o dolorosa. La capacidad para mantener de forma independiente a función ventilatoria puede verse afectada y los pacientes pueden necesitar ayuda para mantener una vía aérea

permeable y la ventilación espontánea puede ser inadecuada. La función cardiovascular generalmente se mantiene.

4. **Anestesia general:** es una pérdida del conocimiento inducida por fármacos durante la cual los pacientes no se despiertan, ni siquiera por estimulación dolorosa. La capacidad para mantener de forma independiente la función ventilatoria a menudo se ve afectada. Los pacientes a menudo requieren ayuda para mantener una vía aérea permeable, y pueden ser necesaria la ventilación con presión positiva debido a la depresión de la ventilación espontánea o la depresión de la función neuromuscular inducida por drogas. La función cardiovascular puede verse afectada. Ideal para pacientes con TEA, Discapacidad mental, Discapacidad física, entre otras.

Distracción Audiovisual

Reduce la ansiedad y miedo, toma control de las sensaciones auditivas y visuales. Ayuda a establecer confianza con el paciente. El desarrollo de lentes virtuales con auriculares ajustables incorporados, que son fáciles de usar, cómodos para los niños y que no interfieren con el tratamiento, abre más oportunidades para el uso de esta técnica. Ideal para pacientes con TEA.⁵⁷

Bases Legales, Bioéticas y filosóficas.

Dentro de la investigación, todo trabajo debe estar sustentado con bases legales, las cuales están comprendidas en artículos de soporte legal a la ejecución de la investigación. En este sentido Arias⁶⁰ da a conocer que las bases legales

implican un desarrollo amplio de los conceptos mediante las leyes y ordenamientos con el eje que lo rige, en tanto se tiene:

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela⁶¹ (CRBV) en sus artículos:

Artículo 83: expresa que la salud es un derecho social fundamental, obligatorio del estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la república (p.24).

Artículo 85: El estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud (p.22).

De acuerdo con estas disposiciones de la C RBV ⁶¹ relacionados con la salud, el derecho a la salud en Venezuela goza de un reconocimiento amplio que favorece su exigibilidad y justiciabilidad, y los profesionales de la Odontología deben tener estos conceptos siempre presentes, razón por la que está asociada con esta investigación, ya que el fin último es lograr el mejor estado de salud bucal para los pacientes con discapacidades, como lo garantiza el Estado.

Otro documento legal que sustenta esta investigación es la ley Orgánica de protección del niño, niña y adolescente LOPNNA ⁶² (2015), ya que la historia clínica a diseñar está dirigida a la población infantil y adolescente, atendidos en el área del postgrado de odontopediatría. En tanto esta ley expresa lo siguiente:

Artículo 41: El derecho a la salud y servicio de salud todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud (p.22).

La bioética, como toda disciplina del quehacer humano, se fundamenta en el bien, a través de sus principios de beneficencia, de no-maleficencia, de autonomía y de justicia. Los principios bioéticos de la profesión odontológica en Venezuela, que plasman los lineamientos filosóficos básicos y las declaraciones, leyes y normas que de ellos se derivan, se sustentan en los siguientes documentos legales:

El primer documento se tiene al Código de Deontología Odontológica⁶³ con los siguientes artículos:

Artículo 19: Si el odontólogo tuviera dudas en el diagnóstico o tratamiento de algún caso, estará en la obligación de hacer todas las consultas a que hubiera lugar con sus colegas (especialistas o no) y con otros profesionales de las ciencias de la salud (p.4).

Artículo 23: El especialista a quien se le refiera un paciente, asume de hecho la dirección del tratamiento en lo que respecta a su especialidad, pero actuará

siempre de acuerdo con el odontólogo tratante y suspenderá su atención tan pronto como cesen las causas que ameritaron sus servicios (p.4).

Consecuentemente se encuentra la Declaración de Helsinki, en su artículo 31 que establece, que el médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación. Así como también, en su artículo 34 que el médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación, a través del consentimiento informado.⁶⁴

EL consentimiento informado es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establecidos en este documento autoriza a la persona a participar en el estudio, así como también, permite que la información recolectada durante el mismo, pueda ser utilizada y comunicada. En este caso el consentimiento será firmado por el representante.⁶⁴

Los artículos propuestos en estas bases bioéticas presentadas están relacionados con los deberes éticos del odontólogo para brindar una buena atención al niño sin ningún tipo de discriminación, conservando la salud bucal de los pacientes pediátrico con discapacidad



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA

Consentimiento informado

Este consentimiento informado representa un proceso bioética fundamental en la investigación médica que le asegura a la muestra una participación voluntaria. Así, doy mi consentimiento para ser encuestado por la Od. Josnelly Betania Santaella Pantoja, quien está cursando el programa de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, para integrar parte de su muestra en el estudio denominado **Ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad. Postgrado de odontopediatria, Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo**, cuyo objetivo es Proponer una ficha anexa a la historia clínica para los pacientes con discapacidad que asisten al postgrado de odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, a través de un proyecto factible, diagnosticando la necesidad de la propuesta. Reconozco que este estudio será aplicado solo a docentes y residentes del Postgrado de odontopediatria, Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, cuyo beneficio será un aporte para la mejora de la historia clínica para la atención de los pacientes con discapacidad, sin remuneración alguna, estudio amparado por el derecho a las salud expresado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 83 y 84.

Declaro que estoy debidamente informado(a) acerca de la contribución que aportaré al conocimiento científico para uso actual y futuras aplicaciones. La investigadora responsable del estudio, Od. Josnelly Betania Santaella Pantoja, se compromete a preservar el carácter confidencial de la información obtenida y a respetar mi derecho de conservar la integridad de mi persona, además que se adoptará toda clase de precauciones para resguardar mi intimidad y reducir al mínimo cualquier efecto adverso que pueda generar la investigación sobre mi condición física, mental, psicológica y moral, así como que no recibiré un beneficio alguno como resultado de mi participación.

Entiendo que se me entregará una encuesta tipo cuestionario, con el fin de determinar si es necesario diseñar la historia clínica de pacientes con discapacidad que acude al postgrado de odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, y que su llenado durará aproximadamente 10 minutos, así como fui elegido(a) al igual que otros(as) sujetos para la aplicación de esta encuesta. Se me ha notificado que es del todo voluntaria, por tanto, he concedido participar libremente en esta investigación, sin embargo, tengo abierta la posibilidad de no intervenir ejerciendo mi plena libertad y autonomía, si así lo quisiera, reconociendo que será un estudio que culminara en el año 2025, y que los resultados serán publicados.

Fecha _____ Informante N° _____

Yo _____ C.I. _____ de _____ años de edad y sexo _____ autorizo participar en la investigación _____

Firma del Encuestado

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Firma de Testigo

Firma de Testigo

Od. Josnelly Betania Santaella Pantoja TLF: 0414-3495996

Definición de términos

Anamnesis: es la información aportada por el paciente y por otros testimonios para confeccionar su historial médico.

CDPD: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Cofosis (sordera): Pérdida total de la audición y el lenguaje se adquiere por la vía visual.

Cognocitiva: Significa que es capaz de conocer. Potencia cognoscitiva.

Contenido Intratópico: validación de hipótesis con contenido y metadatos. Consiste en hipotetizar.

Discordantes: significa que está inconforme.

Db: Decibeles a nivel auditivo.

Hipoacusia: disminución de la capacidad auditiva que permite adquirir el lenguaje oral por la vía auditiva.

Hipotetizar: proponer algo como hipótesis.

Metacognición: se refiere al conocimiento, concientización, control y naturaleza de los procesos de aprendizaje.

Oponencia: Proviene de origen latino “oppositio” que significa oposición de una cosa frente a otra.

Ototóxicos: se refiere a sustancias que pueden causar daño al sistema auditivo, particularmente al oído interno, resultando en pérdida de audición, tinnitus (zumbido en los oídos), y problemas de equilibrio.

Pouching: consiste en la acumulación de alimentos triturados entre los maxilares y carrillos durante días o semanas, lo que genera lesiones de caries, enfermedad periodontal y halitosis.

Propedéutico: refiere al conjunto de saberes o conocimientos que son necesarios para preparar el estudio de una ciencia o disciplina.

Recepcionan: significa dar entrada formal a algo que se recibe.

Semiológico: perteneciente o relativo a la semiología.

Sistemas de Variables.

Variable Dependiente: Pacientes con Discapacidad.

Definición conceptual: condición compleja del ser humano constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales que puede manifestarse en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse sin apoyo, ver u oír, comunicarse con otros, o integrarse a las actividades de educación o trabajo,

Definición operacional: paciente pediátrico con evidencia de una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales que acude al postgrado de odontopediatría de la Universidad de Carabobo.

Variable Independiente: Ficha anexa de Historia Clínica.

Definición conceptual: Documento médico-legal que se anexa a la Historia clínica, considerada como una guía metodológica para describir el estado de salud e identificar de forma priorizada los problemas de salud de las personas

con discapacidad con un enfoque bio-sico-social, constituyendo esta su función diagnóstica, además de permitir la planificación, ejecución y control de cada acción en el paciente destinado hacia el fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

Definición operacional: anexo al documento médico legal diseñado para la atención de los pacientes pediátrico con discapacidad que acuden al postgrado de odontopediatría de la Universidad de Carabobo, con la posibilidad de realizar un registro detallado, de manera clara y sencilla contribuyendo a mejorar el diagnóstico, manejo y plan de tratamiento de esta población

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Aquí se fundamentan los principios metodológicos que sirvieron de guía para el logro de los objetivos planteados en relación con la propuesta de diseñar una ficha anexa a la historia clínica general para pacientes con discapacidad.

Paradigma de la investigación.

La presente investigación está enmarcada en el empirismo positivista. El paradigma positivista está fundamentado y busca la verificación empírica de los hechos y para la recolección de los datos presupone la aplicación de instrumentos que posteriormente se codifican y luego se analizan para concretar conclusiones”.

⁶⁵ (p.40) En este sentido se diseñó una ficha anexa a la historia clínica general, siguiendo los pasos sistemáticos del método científico de forma rigurosa, organizada, tras el uso de un cuestionario aplicado a los sujetos muestra.

Enfoque de la investigación.

El enfoque de la investigación es el cuantitativo, ya que está dado por la cuantificación y verificación de una serie de pasos secuenciales y probatorios del método empírico, categorizando las respuestas en relación a la necesidad del diseño de una propuesta de ficha anexa a la historia clínica para los pacientes con discapacidad. El método empírico cuantitativo se caracteriza porque busca la utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigaciones, como lo refiere Murillo.⁶⁶

Diseño de la investigación.

Esta investigación es de diseño no experimental de tipo transeccional, ya que no hubo manipulación de variables, las cuales están representadas por los pacientes pediátricos con discapacidad y la historia clínica para su atención; y así como lo refiere Sousa⁶⁷ no habrá intervención ni manipulación de las variables, es algo que se da de forma natural. Igual se define como transeccional, ya que la información recolectada se realizará en un único momento a través de un cuestionario que será aplicada a la muestra que fue seleccionada.^{67,68.}

Tipo de investigación.

Se define como un estudio de campo. Según Arias⁶⁰ afirma que “La investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios). En este contexto se aplicó el instrumento directamente en los sujetos muestras, ubicados en el Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo, a quienes previamente se les hizo firmar un consentimiento informado.

Nivel de la investigación.

La siguiente investigación fue de tipo descriptivo; se propuso describir las variables a través del logro del objetivo general, dirigido a diseñar una propuesta de ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad y los objetivos específicos, que se refieren a determinar la necesidad y verificar la factibilidad del diseño de la historia clínica para los pacientes con discapacidad, detallando cada una de las variables. Dankhe⁶⁹ define: “Los estudios descriptivos buscan

especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

Modalidad de la investigación.

Esta investigación se consideró como un proyecto factible. Arias ⁶⁰ define al proyecto factible, como una propuesta de acción dirigida a resolver un problema práctico o satisfacer una necesidad. En este sentido se diseñó una ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad, posterior al diagnóstico de la necesidad del diseño de la propuesta en docentes y estudiantes del postgrado. La propuesta será aplicada a aquellos pacientes con discapacidad que acuden al Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo,

Para su elaboración se implementó el enfoque sistémico de Kaufman que permite solucionar necesidades institucionales en 6 etapas; cumpliendo las tres primeras relacionadas con la identificación de la necesidad, alternativas y viabilidad, análisis de la factibilidad y diseño de la propuesta.

Fase 1: identificación de la necesidad.

Se estableció la problemática de donde surge la realización de esta investigación. Realizando la búsqueda, selección y obtención de las fuentes bibliográficas que son consideradas de valor para la investigación, a fin de construir un marco teórico que permita contextualizar la investigación desarrollada, tomar las decisiones en cuanto al diseño de los instrumentos adecuados.

Fase 2: factibilidad.

Esta fase comprendió todo el trabajo experimental que persigue la obtención de datos de acuerdo con los objetivos establecidos, se recogió la información

obtenida del diagnóstico de la necesidad a través de un cuestionario. En base al problema planteado y a los objetivos de la investigación se evaluaron los beneficios y la viabilidad del diseño de una ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad que acuden al Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo.

Fase 3: Diseño de la propuesta con selección de la estrategia.

Se analizaron los resultados derivados de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a la muestra seleccionada, con la finalidad de determinar las pautas y se diseñó la ficha anexa para la historia clínica.⁷⁰

Población y muestra.

Según Hernández et al.,⁷¹ la población es un conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. En este caso la población, estuvo representada por los docentes y la totalidad de los residentes del Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo, la cual estuvo conformada por 20 participantes, a quienes se le aplicó el cuestionario previa aceptación del consentimiento informado.

Por otra parte, se atiende a la definición de muestra expresada por Tamayo⁷² como el grupo de individuos que se toma de la población, para estudiar un fenómeno estadístico. En este sentido la muestra será de tipo censal, debido que se tomó el 100% de la población, es decir se consideró a la totalidad de la población, estando representada por 8 docentes y 12 residentes.

Criterios de inclusión.

- Docentes y residentes pertenecientes al área de postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo
- Personal docente y estudiantes del postgrado de Odontopediatría, periodo 2025.

Criterios de exclusión.

- Docentes y residentes que integren otras áreas de postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.
- Personal docente y estudiantes del postgrado de Odontopediatría, de otros periodos diferentes al 2025.

Técnica e instrumentos de recolección de datos.

En esta investigación la técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta. Mientras que se utilizó como instrumento un cuestionario tipo lista de cotejo con 14 ítems, de preguntas cerradas de forma dicotómica (Si-No), donde se registraron las respuestas de las preguntas que ayudaron a indicar la presencia o ausencia de la necesidad de elaborar la propuesta. La lista de cotejo, también llamada lista de control o verificación, es un instrumento en el que se indica la presencia o ausencia de un aspecto o conducta de ser observada, que permitirá seleccionar, organizar, presentar e interpretar los datos obtenidos.⁷³ El cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir.

Validez y confiabilidad.

La validez del instrumento de recolección de datos, según Hurtado,⁷⁴ viene dada por “El grado en que el instrumento realmente mide lo que pretende medir”. En la presente investigación la validez del cuestionario fue determinada por el juicio de 3 expertos en la materia, (dos del área de odontopediatría y 1 de metodología), quienes estimaran la congruencia, objetividad, redacción y adecuación del contenido, tomando en cuenta el propósito y la finalidad del estudio a realizar.

La confiabilidad estuvo dada por al grado que un instrumento da los mismos resultados al ser aplicado al mismo sujeto en repetidas oportunidades,⁷⁴ y se llevó a cabo a través de la Ecuación Kuder Richardson, la cual fue aplicada sobre un grupo de la muestra, que formo la prueba piloto.

Técnicas de análisis de la información.

Al ser recolectados los datos, estos fueron tabulados y analizados. El análisis de datos cuantitativos se realizó mediante la estadística descriptiva,⁷⁴ donde se visualizaron las variables de pacientes con discapacidad y la Historia clínica. En esta perspectiva se procedió a diseñar la presentación de los mismos, apoyándose en cuadros y gráficos estadísticos y su posterior análisis cuantitativo.

Procedimiento.

Con la finalidad de lograr los objetivos propuestos se llevarán a cabo los siguientes pasos de manera secuencial:

Fase Bibliográfica:

1. Revisión bibliográfica sobre pacientes con discapacidad y las historias clínicas ideales para este tipo de pacientes.
2. Apuntes de las bibliografías.

Fase operativa:

Relacionada con el logro de la factibilidad de la propuesta:

- 1.- Elaboración y validación del cuestionario, por medio del juicio de tres expertos.
- 2.- Selección de la muestra, siguiendo los criterios de inclusión y firma del consentimiento informado.
- 4.- Realización de la prueba piloto, aplicando el instrumento al 10% de la población, para el cálculo de la confiabilidad.
- 5.- Aplicación del cuestionario al 100% de la muestra.
6. Organización y tabulación de la data obtenida.

Fase analítica:

1. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos para identificar la factibilidad de la propuesta.
2. Establecimiento de los hallazgos sobresalientes.

Fase final:

1. Diseño de la propuesta de historia clínica para pacientes con discapacidad que acuden al Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo.
2. Redacción de conclusiones y recomendaciones.
3. Elaboración y presentación del informe final.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A fin de cumplir con el objetivo planteado de la presente investigación, se aplicó un cuestionario el cual mostró la necesidad de diseñar una ficha anexa a la historia clínica general para pacientes con discapacidad en el postgrado de odontopediatría. A continuación, las respuestas obtenidas de cada ítem fueron recolectadas y trasladadas a una tabulación de datos, bajo un formato y criterios asignados por los investigadores y especialistas en metodología de la investigación y estadística.

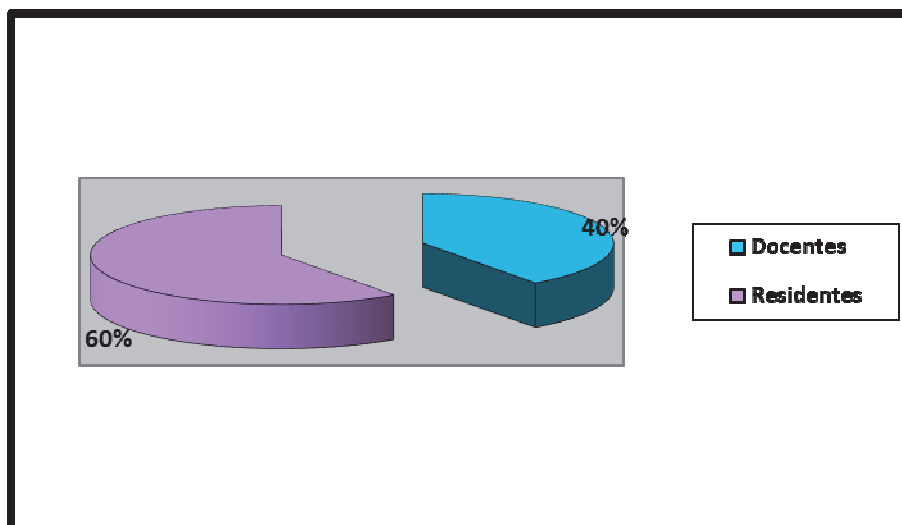
De esta manera, a través del estudio estadístico descriptivo, los resultados obtenidos se presentan mediante tablas y gráficos de barras que reflejan las frecuencias absolutas y porcentajes de cada respuesta en las diferentes interrogantes del instrumento aplicado. Asimismo, se efectúa el análisis e interpretación de cada tabla y gráficos respectivos.

Tabla N° 1. Distribución de frecuencia de docentes y residentes del postgrado de odontopediatría. FOUC, 2025.

Muestra	N°	%
Docentes	8	40
Residentes	12	60
Total	20	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Gráfico N° 1. Diagrama sobre la cantidad de docentes y residentes del postgrado de odontopediatría. FOUC, 2025.



Fuente: Datos tomados de la tabla N° 1.

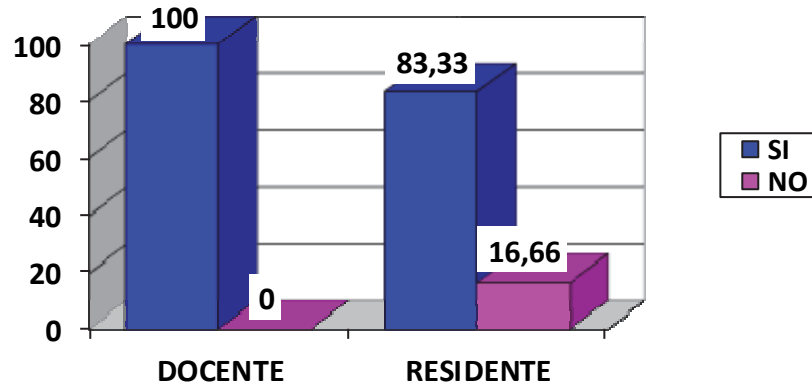
Análisis: los resultados obtenidos en cuanto a la cantidad de docentes y residentes que integran el postgrado de odontopediatría de la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo estudiada y expuesta en la tabla y el gráfico anterior, indican que del 100% de los encuestados, 40% forma parte de los docentes del postgrado, los cuales están integrados por 8 docentes y el 60% restante pertenece a los residentes de odontopediatría, con 12 estudiantes activos, siendo este último el grupo más grande de la muestra en estudio.

Tabla N° 2. Distribución de atención de pacientes con discapacidad durante su residencia por el postgrado.

Muestra	N°	Si	%	No	%
Docentes	8	8	100	0	0
Residentes	12	10	83.33	2	16.66
Total	20	18	91.66	2	8.33

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Gráfico N° 2. Diagrama de barras sobre la atención de pacientes con discapacidad durante su residencia por el postgrado



Fuente: Datos tomados de la tabla N°2.

Análisis:

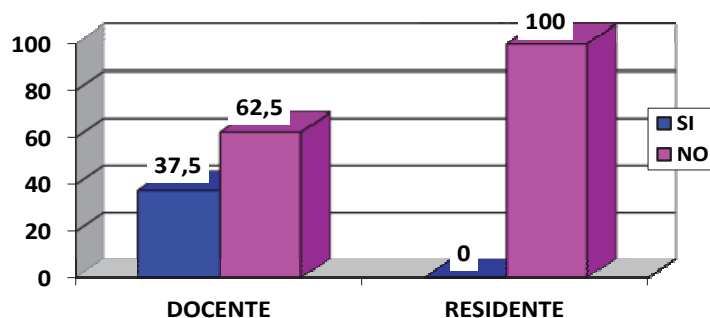
En los datos suministrado por la tabla y gráfico N° 2, se observa que el 91,66 % del total de la muestra asegura que durante su residencia en el postgrado de odontopediatría ha atendido pacientes con discapacidad, de allí, el 100% de los docentes respondieron que *si* atendieron pacientes con discapacidad durante el postgrado, en comparación con los residentes el 83,33% de estos *si* atendieron pacientes con discapacidad y solo el 16,66% de los residentes *no* han atendido a estos pacientes.

Tabla N° 3. Distribución de utilización de alguna historia clínica de pacientes con discapacidad durante su residencia por el postgrado.

Muestra	N°	Si	%	No	%
Docentes	8	3	37.5	5	62.5
Residentes	12	0	0	12	100
Total	20	3	18.75	17	81.25

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Gráfico N° 3. Diagrama de barras de utilización de alguna historia clínica de pacientes con discapacidad durante su residencia por el postgrado.



Fuente: Datos tomados de la tabla N°3

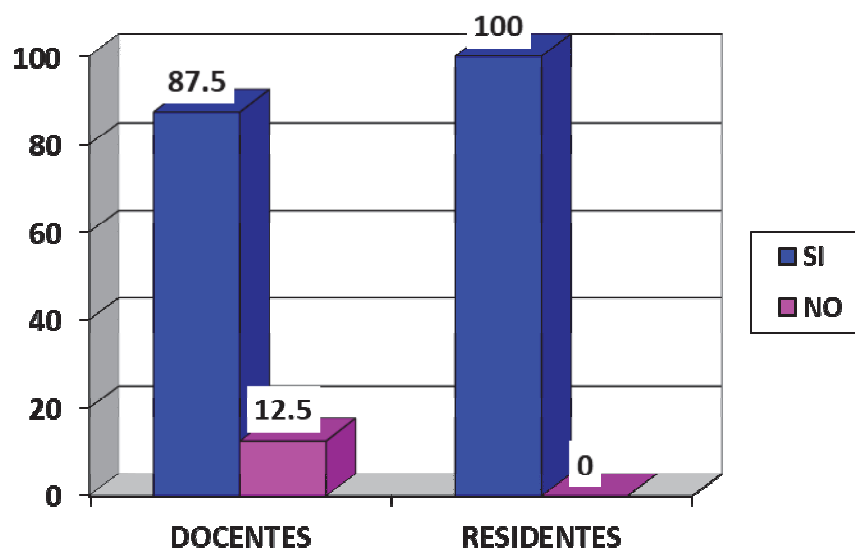
Análisis: los datos suministrados por la tabla y gráfico N° 3, se observa que el 18.75% del total de los encuestados si ha utilizado una historia clínica para pacientes con discapacidad, donde el 62,5 % de los docentes *no* ha utilizado alguna historia clínica para pacientes con discapacidad durante su residencia por el postgrado, sin embargo, el 37,5 % *si* ha utilizado la historia clínica, cuando se pregunta donde realizaron el postgrado refieren haberlo realizado en Colombia y España. El 100% de los residentes asegura *no* haber utilizado alguna historia clínica para pacientes con discapacidad durante su residencia en el postgrado de odontopediatría de la Universidad de Carabobo.

Tabla N° 4. Distribución de necesidad de realizar una ficha anexa a la historia clínica general del postgrado de odontopediatría para la evaluación de pacientes con discapacidad.

Muestra	N°	Si	%	No	%
Docentes	8	7	87.5	1	12.5
Residentes	12	12	100	0	-
Total	20	19	93.75	1	6.75

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Gráfico N° 4. Diagrama de barras de necesidad de realizar una ficha anexa a la historia clínica general del postgrado de odontopediatría para la evaluación de pacientes con discapacidad.



Fuente: Datos tomados de la tabla N°4

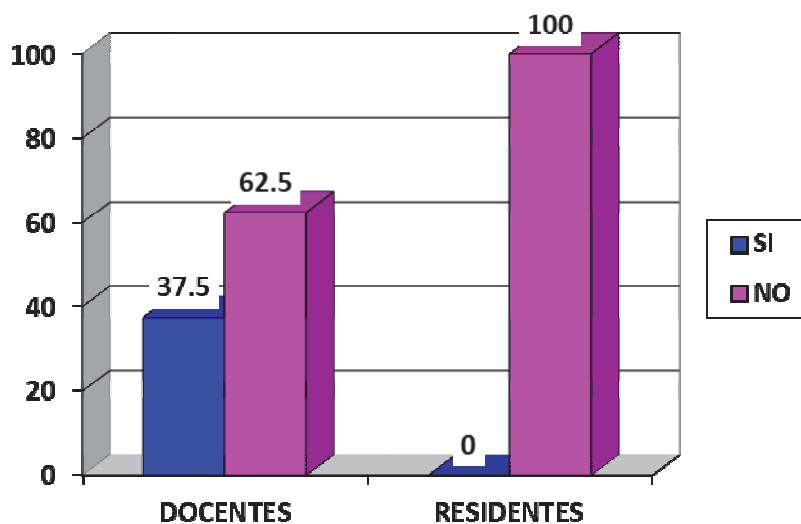
Análisis: Este gráfico señala que el 93.75 % de los clínicos encuestados *si* creen necesario realizar una ficha anexa a la historia clínica general del postgrado de odontopediatría, representaron el 87.5% de los docentes y el 100% de los residentes, sin embargo, un 12.5 % de los docentes refiere *no* ser necesaria la ficha anexa, representado por 1 docente del área clínica.

Tabla N° 5. Distribución sobre el término correcto para llamar a esta población es discapacidad.

Muestra	N°	Si	%	No	%
Docentes	8	3	37.5	5	62.5
Residentes	12	0	0	12	100
Total	20	3	18.75	17	81.25

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Gráfico N° 5. Diagrama de barras sobre el término correcto para llamar a esta población es discapacidad.



Fuente: Datos tomados de la tabla N°5

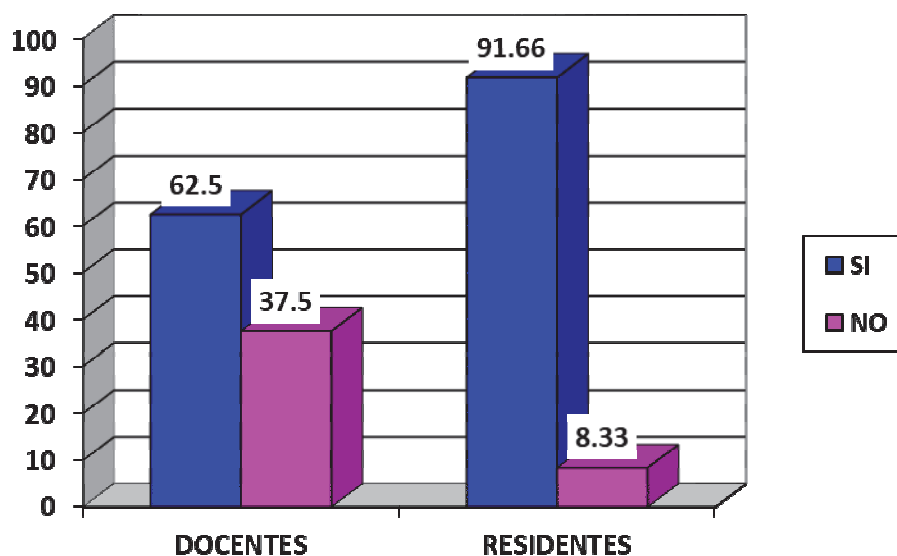
Análisis: la tabla y gráfico N° 5, se evaluó el término correcto para llamar a esta población, donde el 81.25 % refiere que Discapacidad *no* es el término correcto, siendo el 100% de los residentes el mayor porcentaje que *no* está de acuerdo con el término y el 62,5% de los docentes concuerdan con *no* estar de acuerdo con este término, sin embargo el 37.5% de los docentes *si* considera que el término correcto para identificar esta población es discapacidad, representado solo por 3 docentes del área clínica.

Tabla N° 6. Distribución sobre el término correcto para llamar esta población es diversidad.

Muestra	N°	Si	%	No	%
Docentes	8	5	62.5	3	37.5
Residentes	12	11	91.66	1	8.33
Total	20	16	77.08	4	22.92

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Gráfico N° 6. Diagrama de barras sobre término correcto para llamar a esta población es diversidad.



Fuente: Datos tomados de la tabla N°6

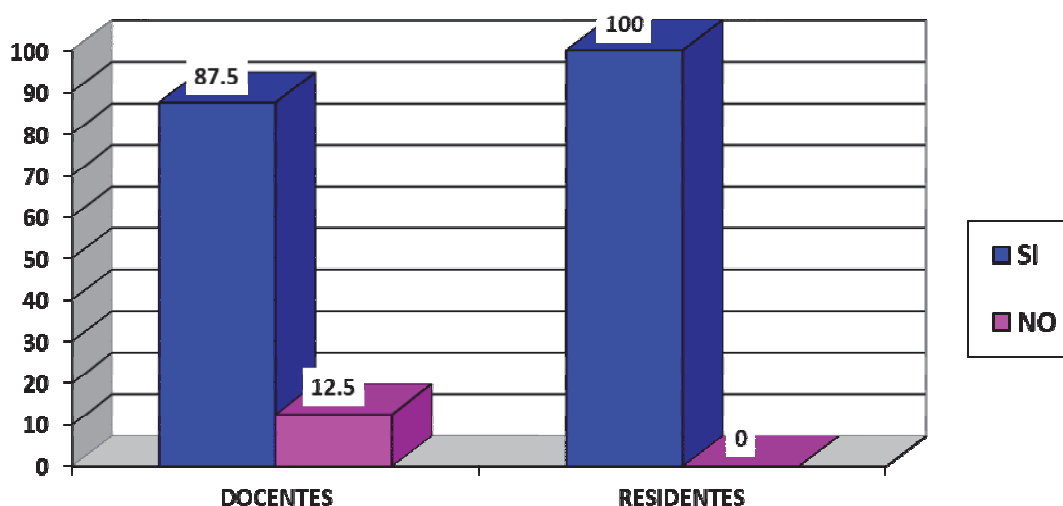
Análisis: en la tabla y gráfico N° 6, se evaluó el termino correcto para llamar a esta población, donde el 77.08% concuerda que Diversidad *si* es la forma correcta de llamar a esta población, siendo el 91.66% de los residentes los que concuerdan con este término y el 62.5% de los docentes así lo refieren. Sin embargo, el 37.5% *no* está de acuerdo con este término y el 8.33% de los residentes, representado por 1 tampoco está de acuerdo con este término para esta población.

Tabla N° 7. Distribución sobre la necesidad de agregar algunos ítems en la historia clínica general actual para la evaluación de pacientes con discapacidad.

Muestra	N°	Si	%	No	%
Docentes	8	7	87.5	1	12.5
Residentes	12	12	100	0	-
Total	20	19	93.75	1	6.25

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Gráfico N°7. Diagrama de barra sobre la necesidad de agregar algún ítem a la historia clínica general actual para la evaluación de pacientes con discapacidad.



Fuente: Datos tomados de la tabla N°7

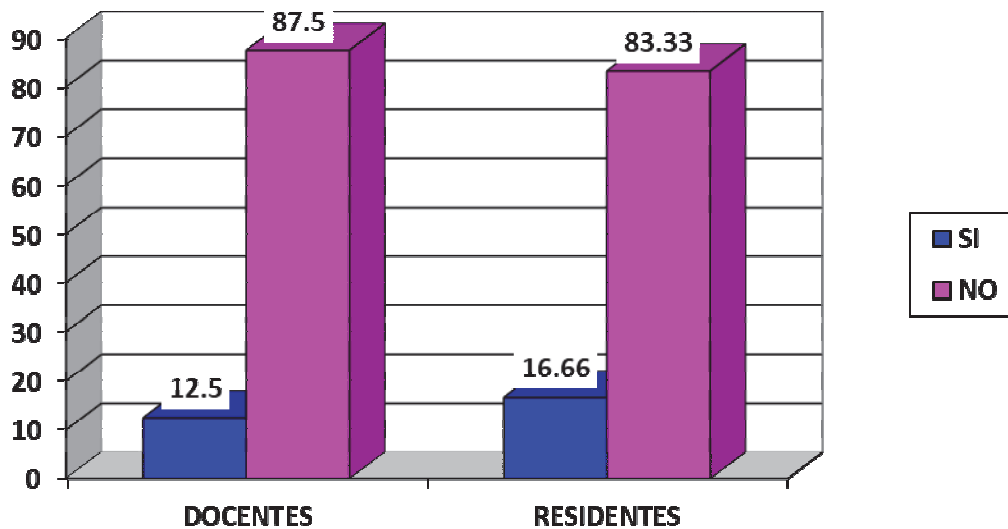
Análisis: la tabla y gráfica N° 7, se recolectó que el 93.75% de los encuestados afirma que, *si* es necesario agregar algún ítem a la historia clínica general actual, de ellos el 100% de los residentes creen necesario realizar el anexo de algunos ítems y el 87.5% de los docentes concuerdan, sin embargo el 12.5% de los docentes representado por 1 del área clínica, manifiesta que *no* es necesario agregar algún ítems a la historia clínica.

Tabla N° 8. Distribución sobre considerar el formato actual de la historia clínica la más recomendada para la evaluación de los pacientes con discapacidad.

Muestra	N°	Si	%	No	%
Docentes	8	1	12.5	7	87.5
Residentes	12	2	16.66	10	83.33
Total	20	3	14.58	17	85.42

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Gráfico N° 8. Diagrama de barra sobre considerar el formato actual de la historia clínica la más recomendada para la evaluación de los pacientes con discapacidad.



Fuente: Datos tomados de la tabla N°8

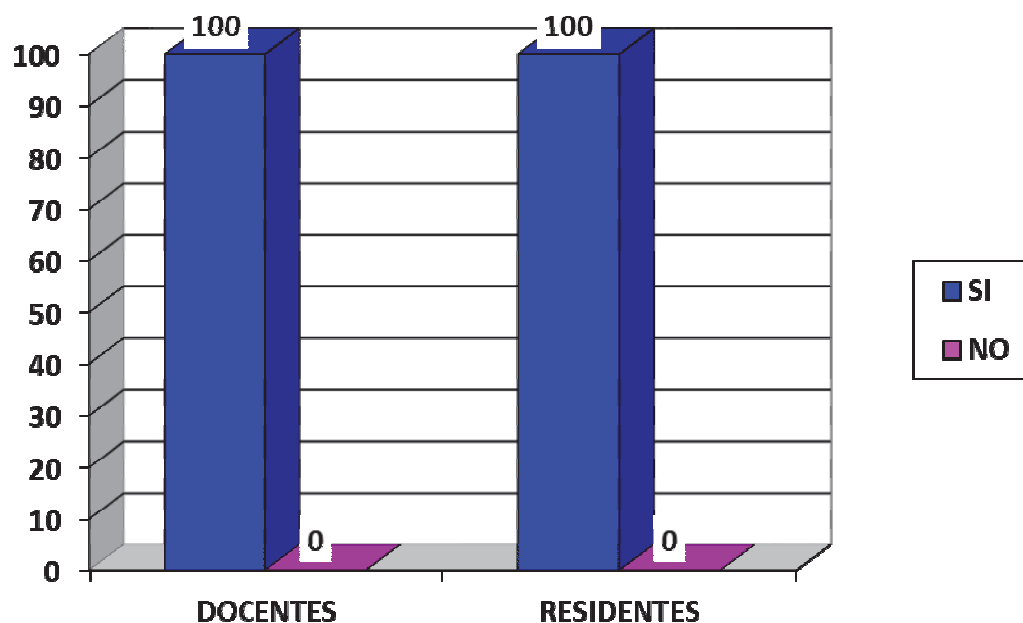
Análisis: los datos obtenidos en la tabla y gráfico N° 8, reflejan que el 85,42% de los encuestados considera que la historia actual que utiliza el postgrado de odontopediatría para atender a los pacientes con discapacidad *no* es la más recomendada, el 87.5% de los docentes y el 83.33% de los residentes concuerdan que no es la más adecuada, sin embargo, el 12.5% de los docentes y el 16.66% de los residentes creen que *si* es la más recomendada.

Tabla N° 9. Distribución sobre considerar importante solicitar el informe médico a los pacientes con discapacidad.

Muestra	N°	Si	%	No	%
Docentes	8	8	100	0	0
Residentes	12	12	100	0	0
Total	20	20	100	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Gráfico N° 9. Diagrama de barra sobre considerar importante solicitar el informe médico a los pacientes con discapacidad.



Fuente: Datos tomados de la tabla N°9

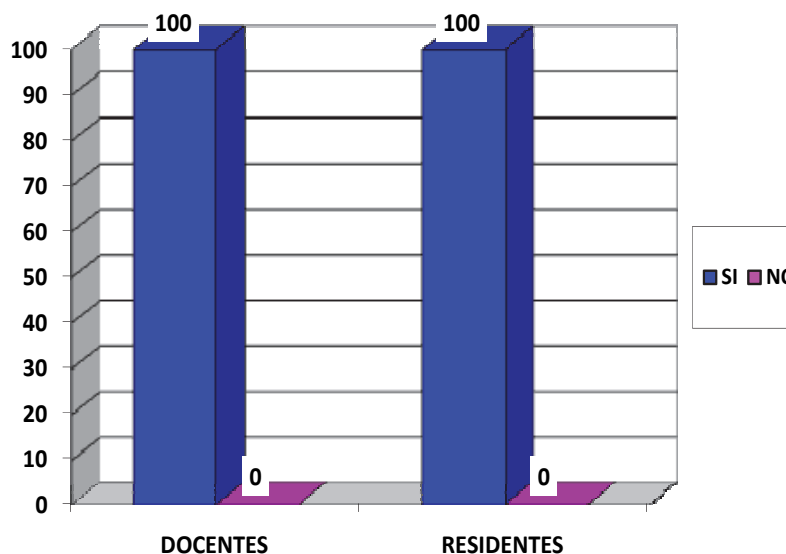
Análisis: los resultados de la tabla y gráfico N° 9, arrojan que el 100% de los docentes y residentes encuestados, siendo un total de 20 participantes, consideran que *si* es importante solicitar el informe médico a los pacientes con discapacidad y anexarlo a la historia clínica.

Tabla N° 10. Distribución sobre considerar realizar una ficha clínica específica para los pacientes con discapacidad mejoraría su atención

Muestra	N°	Si	%	No	%
Docentes	8	8	100	0	0
Residentes	12	12	100	0	0
Total	20	20	100	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Gráfico N° 10. Diagrama de barra sobre considerar una ficha clínica específica para los pacientes con discapacidad mejoraría su atención.



Fuente: Datos tomados de la tabla N°10

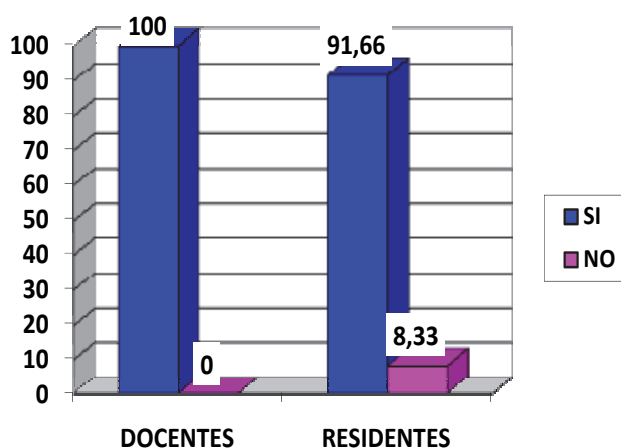
Análisis: en la tabla y grafica N° 10, los encuestado tanto residentes como docentes *si* consideran importante realizar una ficha clínica específica para los pacientes con discapacidad, donde el 100% de los residentes y docentes concuerdan que *si* mejoraría la atención clínica de esta población, representando por los 20 participantes de los encuestados.

Tabla N° 11. Distribución sobre considerar realizar una ficha anexa a la historia clínica facilitaría el llenado de la misma y ayudaría a realizar un plan de tratamiento más específico.

Muestra	N°	Si	%	No	%
Docentes	8	8	100	0	0
Residentes	12	11	91.66	1	8.33
Total	20	19	95.83	1	4.1.6

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Grafico N° 11. Diagrama de barra sobre considerar realizar una ficha anexa a la historia clínica facilitaría el llenado de la misma y ayudaría a realizar un plan de tratamiento específico.



Fuente: Datos tomados de la tabla N°11

Análisis: la tabla y gráfica N° 11, refleja que el 95,83% de los encuestado considera que realizar la ficha anexa *si* ayudaría a mejorar el llenado de la historia clínica y a realizar un plan de tratamiento más específico para los pacientes con discapacidad, el 100% de los docentes, siendo un total de 8 del área clínica y el 91,66% representado por 11 residentes concuerdan que la ficha anexa *si*

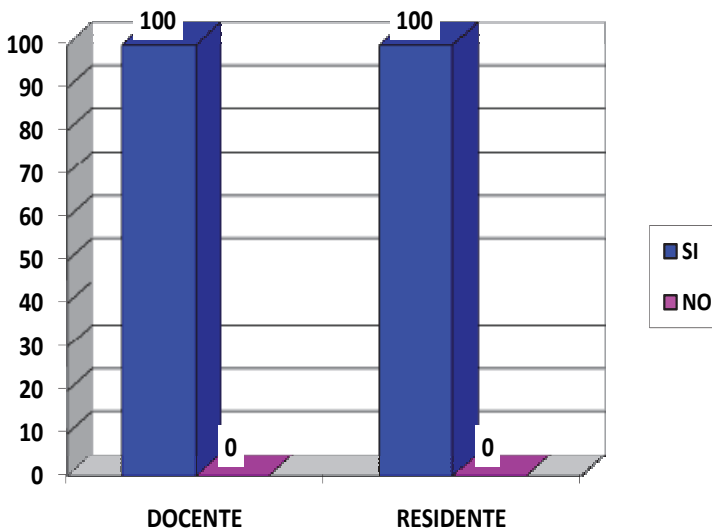
mejoraría el llenado y el plan de tratamiento, mientras el 8,33% representado por 1 residente considera que *no* facilitaría y ayudaría a mejorar el plan de tratamiento.

Tabla N° 12. Distribución sobre considerar anexar una ficha anexa a la historia clínica general para pacientes con discapacidad ayudaría a mejorar las técnicas de adaptación de acuerdo al tipo de paciente.

Muestra	N°	Si	%	No	%
Docentes	8	8	100	0	0
Residentes	12	12	100	0	0
Total	20	20	100	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Gráfico N° 12. Diagrama de barra sobre considerar anexar una ficha anexa a la historia clínica general para pacientes con discapacidad ayudaría a mejorar las técnicas de adaptación de acuerdo al tipo de paciente.



Fuente: Datos tomados de la tabla N°12

Análisis: los datos recolectados en la tabla y gráfica N° 12, indican que el 100% de los encuestados (residentes y docentes) representado por 20 participantes

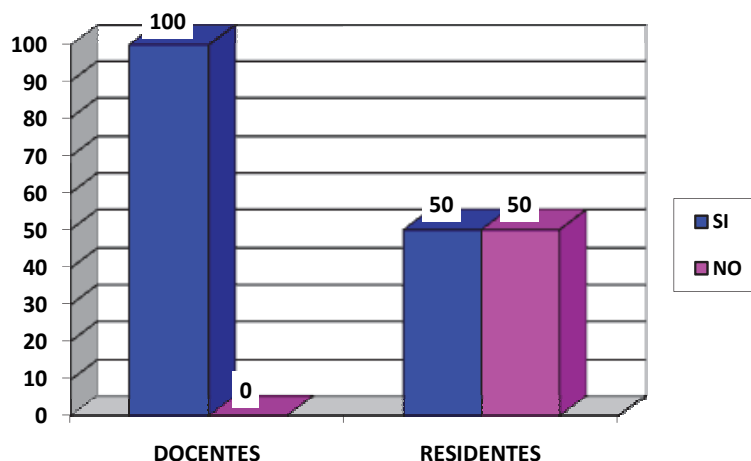
consideran que anexar una ficha clínica a la historia clínica general para pacientes con discapacidad ayudaría a mejorar las técnicas de adaptación de acuerdo al tipo de paciente.

Tabla N° 13. Distribución sobre conocer la clasificación internacional de funcionamiento de la discapacidad.

Muestra	N°	Si	%	No	%
Docentes	8	8	100	0	0
Residentes	12	6	50	6	50
Total	20	14	75	6	25

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Gráfico N° 13. Diagrama de barra sobre conocer la clasificación de funcionamiento de la discapacidad.



Fuente: Datos tomados de la tabla N°13

Análisis: la tabla y la gráfica N° 13, se refleja que el 100% de los docentes encuestado representado por 8 del área clínica *si* conocen la clasificación de

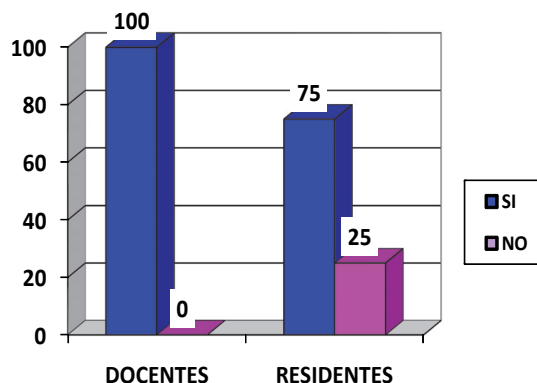
funcionamiento de la discapacidad, mientras que el 50% de los residentes indican *si* conocerla y el otro 50% de los residentes desconoce la existencia de la misma.

Tabla N° 14. Distribución sobre conocer la clasificación en grados de los pacientes con discapacidad.

Muestra	N°	Si	%	No	%
Docentes	8	8	100	0	0
Residentes	12	9	75	3	25
Total	20	17	87.5	3	12.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Gráfico N° 14. Diagrama de barra sobre conocer la clasificación en grados de los pacientes con discapacidad.



Fuente: Datos tomados de la tabla N°14

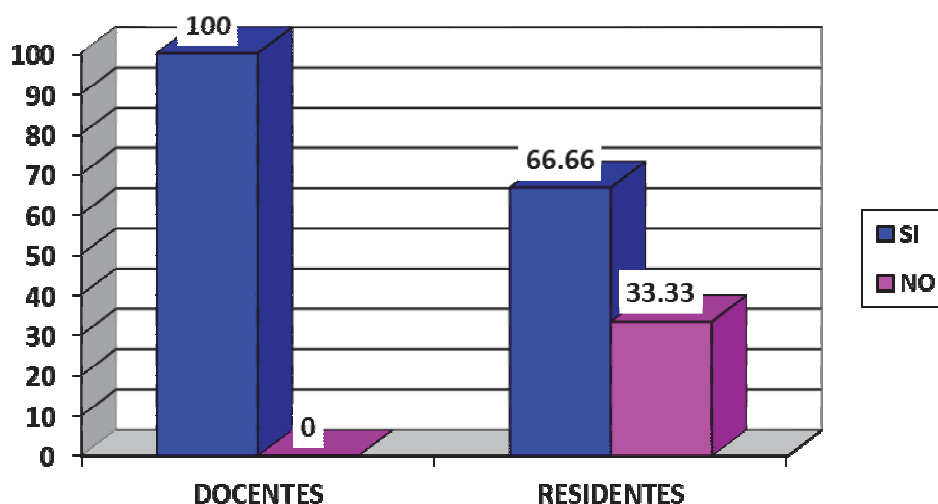
Análisis: la tabla y grafica N° 14, refleja que el 87.5% de los encuestado *si* conocen los grados de discapacidad, aunque el 100% de los docentes *si* conoce esta clasificación por grados de la discapacidad, y el 75% de los residentes *si* la conocen también, se puedo obtener que el 25% de los residentes representado por 3 *no* conoce esta clasificación.

Tabla N° 15. Distribución sobre conocer sobre los 6 tipos de discapacidad.

Muestra	N°	Si	%	No	%
Docentes	8	8	100	0	0
Residentes	12	8	66.66	4	33.33
Total	20	16	83.33	5	16.66

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Santaella, 2025.

Gráfico N° 15. Diagrama de barra sobre conocer los 6 tipos de discapacidad.



Fuente: Datos tomados de la tabla N°15

Análisis: la tabla y grafica N° 15, los datos recolectados indican que el 83.33% de los encuestado *si* conocen los 6 tipos de discapacidad, de estos el 100% de los docentes *si* conoce esta clasificación, mientras que 66.66% de los residentes también la conocen y 33.33% de los mismos *no* la conoce.

DISCUSIÓN

Ante la evidente preocupación por la vulnerabilidad de los niños y niñas con discapacidad, es necesario recopilar aspectos pertinentes, relevantes y actualizados que permitan dar atención segura.⁷⁵

Los datos obtenidos en el estudio, aseguran que el 91,66% de los encuestados ha atendido pacientes con discapacidad durante su residencia en el postgrado de odontopediatría, de ellos 100% corresponde a docentes y 83,33% a residentes; solo 37,5% de los docentes, han hecho uso de una historia clínica especial para pacientes discapacitados, considerándola necesaria 7 de los 8 docentes representando el 87,5%, mientras que el 100% de los residentes, si consideran necesario su uso durante la atención clínica de este tipo de pacientes.

Estos resultados corroboran lo expresado por Alcivar y colaboradores⁷⁵ quienes afirman que los odontopediatras deben recibir educación o técnicas adecuadas para el cuidado de la salud bucal en pacientes con discapacidad y otorgar tratamientos seguros, eficaces y eficientes sin poner en peligro su vida, especialmente si son niños vulnerables con discapacidad, esto se logra con la interacción de los padres, cuidadores y los niños. Igualmente lo expresa la Organización Mundial de la Salud, al indicar que hoy en día la discapacidad en cuestión de derechos humanos, y que este tipo de pacientes necesitan de condiciones especiales que les ayuden a alcanzar una mejor calidad de vida; por lo que es fundamental, obtener una higiene bucal diaria completa con méritos propios o con ayuda de alguien.⁷⁵

En relación al uso de la terminología para definir a este grupo vulnerable como la presencia de una *discapacidad*, 81,25% de la muestra consideran que no es un

término correcto, estando representada por 62,5% docentes y 100% de los residentes; mientras que 77,08 % de la muestra consideran que el término más idóneo para denominarlos es el de *diversidad*, de ellos 62,5% son docentes y 91,68% residentes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ⁴¹ el término adecuado para referirse a este tipo de pacientes debe ser inclusivo y que respeta la dignidad y los derechos del ser humano, por tanto para referirse a las personas con estas deficiencias se debe decir "*personas con discapacidad*" o "PCD", dado que se enfatiza la importancia de la persona antes que la discapacidad. Bajo este enfoque la OMS expresa que la "persona primero", y esto hace que se priorice al niño, y se eviten etiquetas y estereotipos, además que permite utilizar un lenguaje inclusivo, que minimicen la discapacidad y respete la autonomía y la identidad de la persona con discapacidad.

En relación a conocer la necesidad de incorporar algunos ítems en la historia clínica general actual para la evaluación de pacientes con discapacidad que se utiliza en el postgrado de odontopediatría, se tienen que 97,75% de la muestra opinan que si es necesario, correspondiendo a 87,5% docente y 100% de los residentes; además 85,42% de la muestra afirmaron que el formato actual de la historia clínica no es la más recomendada para la evaluación de los pacientes con discapacidad. Entendiendo que en la consulta odontológica, para dar inicio a un tratamiento sobre un paciente con discapacidad, se debe recabar información de la etiología de la discapacidad y si viene acompañada de algún otro padecimiento, ya sea, mental, físico, auditivo o psicológico, para poder determinar el tipo de abordaje que se tendrá según cada paciente, como lo expresa Astudillo Campos y

colbs.⁷⁸ razón por la cual la historia clínica poseer datos importantes que recaben información integral del paciente especial.

Considerando la necesidad de solicitar un informe médico a los pacientes con discapacidad, 100% de los encuestados refieren que si es necesario. Esta información es corroborada por los estudios de Kim et al.⁸¹, quienes demuestran la relevancia de proporcionar datos personales como edad y el sexo y tipo de discapacidad (trastorno intelectual, trastorno por lesión cerebral, trastorno de espectro autista y trastorno del habla) durante la atención odontológica, así como también, incluir el tipo de tratamiento dental que se ha realizado (preventivo restaurador y periodontal) en estos pacientes con discapacidad.

En este orden de ideas el 100% de la muestra consideran que se mejoraría la atención clínica y las técnicas de adaptación en los pacientes con discapacidad si se considera realizar una ficha clínica específica; y 95,83% de la misma consideran que una ficha anexa a la historia clínica facilitaría el llenado de la historia y ayudaría a realizar un plan de tratamiento más específico. Estas aseveraciones coinciden con lo que expresa Biasotto et al.⁸⁰, al señalar en su estudio que, los pacientes con necesidades especiales y los niños pequeños no colaboradores tienen mayor predisposición a desarrollar patologías orales debido a la poca colaboración y al escaso acceso al tratamiento odontológico, situación que mejora con el uso de una historia clínica integral que incluya aspectos sobre los antecedentes odontológicos, los tipos de tratamientos, si han recibido tratamientos bajo anestesia general, como han sido los seguimientos y el riesgo de reintervención.⁸⁰

El 100% de los docentes y tan solo 50% de los residentes reconocen la clasificación internacional de funcionamiento de la discapacidad; mientras que 100% de los docentes y 75% de los residentes conocen la clasificación en grados de los pacientes con discapacidad. Al respecto, Astudillo Campos y cols, mencionan que en la consulta odontológica, para empezar cualquier tratamiento con un paciente con discapacidad, se debe recabar información actualizada sobre la discapacidad como su clasificación, etiología y si viene acompañada de algún otro padecimiento, ya sea, mental, físico, auditivo o psicológico, para poder determinar el tipo de abordaje que se tendrá según cada paciente.⁷⁸

Finalmente, se debe recordar que la historia clínica es un documento en donde se registran los antecedentes biológicos del individuo, imprescindible para el control de la salud y el seguimiento de las enfermedades, se considera el punto de partida del razonamiento médico y por lo tanto tiene gran importancia médico-legal: “lo que no está escrito en la historia clínica, no está hecho”; además de ser un instrumento que sirve de nexo entre diferentes especialistas que atienden a los pacientes por lo cual la claridad de los datos es importante para realizar un correcto seguimiento, a la vez cautelando la confidencialidad y el respeto de la ley de Derechos y Deberes de los pacientes.¹⁸

CAPITULO V

LA PROPUESTA

La propuesta de esta investigación radica en el diseño de una ficha anexa a la historia clínica del postgrado de odontopediatría que pueda ser aplicada a los pacientes con discapacidad que acuden a consulta en el área de postgrado de odontopediatría de la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo.

Justificación de la propuesta

Existe un número importante de pacientes con alguna discapacidad, que acuden a consulta odontológica, a pesar de prestarles la atención adecuada es obligatorio, conocer las ventajas que acarrea la utilización de un instrumento estandarizado específico para tratar estos casos. El Postgrado de odontopediatría de la facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo no cuenta con un documento específico para este tipo de pacientes, por este motivo la mayoría de la información relacionada se pierde dejando a un lado la posibilidad de hacer evaluaciones y tratamientos oportunos, a su vez imposibilitando la oportunidad de obtener datos de interés científicos.

La propuesta de una ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad garantiza una atención médica integral, personalizada y accesible. Con esto se logra una atención médica-odontológica inclusiva considerando que los niños con discapacidad pueden tener necesidades de salud específicas que requieren un seguimiento detallado, reduciendo los riesgos médicos y complicaciones en cuanto a los diagnósticos y tratamientos al tener a la disposición información adecuada sobre medicación, alergias y

antecedentes médicos y odontológicos. Una historia clínica adaptada permite documentar condiciones médicas, tratamientos y adaptaciones necesarias a la consulta.

Fundamentación de la propuesta

La importancia de la realización de esta propuesta radica en la necesidad de utilizar una herramienta simple que permita garantizar el seguimiento de todos los pasos que involucren la atención de pacientes con discapacidad y facilitar el acceso a la información relevante sin depender exclusivamente del paciente, promoviendo un enfoque multidisciplinario y coordinado en el tratamiento. Además, que ayuda a cumplir con normativas legales y éticas, de accesibilidad y derechos humanos, promoviendo equidad en la atención de salud

Factibilidad de la propuesta

Esta propuesta es factible, dado que fue diagnosticada su necesidad entre los docentes y residentes, sobre la incorporación de una ficha anexa a la historia clínica del postgrado de odontopediatría para ser aplicada a los pacientes con discapacidad que acuden a consulta al postgrado de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. La factibilidad está dada desde lo institucional, lo social y lo económico.

Objetivos de la propuesta

Objetivo General

Implementar una ficha anexa a la historia clínica para la atención de los pacientes con discapacidad que asisten al postgrado de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

Objetivos específicos

- Dar a conocer la ficha anexa para pacientes con discapacidad que acuden al área de postgrado de odontopediatría.
- Garantizar el cumplimiento del llenado de la ficha anexa para pacientes con discapacidad que acuden al postgrado de odontopediatría.



FICHA ANEXA A LA HISTORIA CLINICA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD

Nº:

Fecha:

1.- DATOS PERSONALES.

Nombres: _____ Apellidos: _____ Edad: ____

Sexo _____ Representante legal: _____ CI: _____

¿Cuidado del niño? _____

2.- Necesidad de anexar esta ficha:

- Paciente con Discapacidad como Motivo de consulta.
- Respuesta afirmativa en la Anamnesis de la HC correspondiente a posible discapacidad.
- Sospecha de alguna discapacidad por parte del clínico luego de realizar el llenado de Historia Clínica.
- Paciente refiere alguna condición sistémica asociada a discapacidad.

¿Anexa Copia de Los informes Médicos? Si No

¿Presenta algún síndrome? Si No ¿Cuál? _____

3.- ANAMNESIS

3.1.- REFERENTE A LA GESTACIÓN:

¿Le realizaron Eco-perinatal? Si No Durante el embarazo usted presentó: Susto Caída
Abuso físico Preeclampsia Infecciones ¿Luego del nacimiento fue hospitalizado? Si
No ¿cuál fue el motivo? _____ ¿Por cuantos días?
_____ ¿Visitó al Odontólogo durante este periodo? Si No ¿Cuantas
veces? _____ ¿Causa? _____

3.2.- REFERENTE A LA SALUD DEL PACIENTE:

¿Cuándo fue la última visita al pediatra? _____ ¿Ha presentado Cáncer, tumor u otra
enfermedad? Si No ¿Ha recibido? quimioterapia radioterapia ¿Ha recibido trasplante
de médula ósea u órgano? Si No

3.3.- REFERENTE AL SISTEMA RESPIRATORIO:

¿Tiene problemas respiratorios? Si No Rinitis Neumonía Bronquitis Sinusitis
Especifique _____ ¿Ronca? Si No ¿Sufre de amigdalitis a repetición? Si No
¿Adenoides? Si No ¿Se resfría con frecuencia? Si No ¿Respira por la boca? Si No

 Presenta tos con frecuencia Si No ¿Presento COVID-19? Si No ¿Vacunado contra el COVID-19? Si No ¿Cuántas dosis? ____ Nombre de la Vacuna _____

3.4.- REFERENTE AL SISTEMA INMUNOLÓGICO:

¿Ha sufrido de Asma? Si No ¿Está controlado(a)? Si No ¿Tratamiento que recibe?
_____ ¿Alérgico? Si No _____

¿Ha sido anestesiado anteriormente? Si No ¿Presenta alguna afección en piel? Si No
¿Cuál? _____

3.5.- REFERENTE AL SISTEMA CARDIOVASCULAR:

¿Ha presentado Mareo? Si No ¿Ha asistido al cardiólogo? Si No ¿Cuál ha sido el motivo de consulta? _____
¿Necesita profilaxis antibiótica antes de algún procedimiento odontológico? Si No ¿Sabe cuál se le recomienda? Si No ¿Cuál? _____
¿Actualmente toma algún medicamento? Si No
¿Cuál? _____ ¿Ha referido tener dolor de cabeza frecuentemente? Si No

3.6.- REFERENTE AL SISTEMA HEMATOLÓGICO:

¿Presenta algún trastorno sanguíneo? Si No ¿Cuál? _____ ¿Le han realizado transfusión de sangre? Si No ¿Toma algún medicamento? Si No
¿Cuál? _____

3.7.- REFERENTE AL SISTEMA RENAL

¿Presenta insuficiencia Renal? Si No ¿Presenta Tubulopatía Renal? Si No ¿Presenta Litiasis Renal? Si No ¿Presenta Glomerulonefritis? Si No ¿Presenta Enfermedad Renal Crónica? Si No Recibe tratamiento nefrológico Si No ¿Cuál? _____ ¿Desde Cuándo recibe tratamiento? _____ ¿Cuándo fue la última consulta? _____
¿Recibe Diálisis? Si No ¿Hemodiálisis? Si No
¿Necesita Trasplante renal? Si No ¿presenta afección de vejiga? Si No ¿Presenta enuresis? Si No

3.8.- REFERENTE AL SISTEMA GASTROINTESTINAL:

¿Presenta gastritis? Si No ¿Presenta Reflujo Gástrico? Si No ¿Padece de Obstrucción de las vías intestinales? Si No ¿ha sufrido de Apendicitis? Si No ¿Ha presentado Hepatitis? Si No ¿Cuál? _____ ¿Está bajo tratamiento médico? Si No ¿Cuál? _____

3.9.- REFERENTE AL SISTEMA ENDOCRINOLÓGICO:

¿Presenta Diabetes? Si No Tipo 1 Tipo 2 ¿presenta alguna Afección de tiroides? Si No ¿Cuál? _____ ¿presenta resistencia a la Insulina? Si No ¿Trastorno del crecimiento? Si No ¿Trastorno Hormonal? Si No ¿Ha presentado Hiperglucemia? Si No ¿Ha presentado Hipoglucemia? Si No

3.10.- REFERENTE AL SISTEMA NEUROLÓGICO:

¿Presenta trastorno de aprendizaje? Si No Discapacidad Intelectual Si No ¿Presenta Parálisis cerebral? Si No ¿Presenta lesión Cerebral? Si No ¿Está Diagnosticado con Trastorno de Espectro Autista? Si No ¿Esta Diagnosticado con Trastorno de Hiperactividad? Si No

3.11.- REFERENTE AL SISTEMA VISUAL Y AUDITIVO:

¿Ha presentado algún trastorno visual? Si No ¿Cuál? _____ ¿Deficiencia de la audición? Si No Leve Moderado Severo ¿Trastorno del habla? Si No ¿Usa Dispositivos Auditivos? Si No

3.12.- REFERENTE A LOS HÁBITOS:

¿Usa Pantallas con frecuencia? Si No ¿frecuencia? _____ ¿Realiza algún deporte o actividad extracurricular? Si No ¿Cuál? _____

3.13.- REFERENTE A LA ALIMENTACIÓN:

¿Es intolerante a la lactosa? Si No ¿alérgico a algún alimento? Si No ¿presenta deficiencias nutricionales o restricciones dietéticas? Si No ¿Recibe vitaminas o suplementos dietéticos? Si No

3.14.- DISCAPACIDAD.

¿Etiología de la Discapacidad? _____ ¿Momento del diagnóstico?
_____ ¿Diagnóstico de la Discapacidad? _____

TIPO DE DISCAPACIDAD: Intelectual Cognitiva Física o motora Sensorial Auditiva
Visual Mental o Psicosocial ¿Cuál? _____ Múltiples
o pluridiscapacidad Afcción sistémica
¿Cuáles? _____

GRADO DE LA DISCAPACIDAD: Grado 1 Grado 2 Grado 3 Grado 4 Grado 5

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD: Tipo 1 Tipo 2 Tipo 3 Tipo 4

¿Recibe tratamiento Médico? Si No

¿Qué medicamentos? _____

¿Cuándo fue la última vez que asistió al médico? _____ ¿Está escolarizado? Si No
¿Asiste a Terapias psicológicas? Si No ¿Presenta dificultad motora? Si No ¿Utiliza silla de
Ruedas? Si No ¿Presenta dificultad para comunicarse? Si No

3.15.- DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y COGNITIVA.

Leve Moderada Grave Profunda TDH TEA RDSM No Diagnosticado

3.16.- DISCAPACIDAD FÍSICA Y MOTORA.

D. Física-Motora D. Física –Enfermedad D. física Mixta No Diagnosticado

3.17.- DISCAPACIDAD SENSORIAL.

Auditiva Leve Moderada Severa Cofosis o hipoacusia Unilateral Bilateral
Visual ¿Cuál? _____ No Diagnosticado

Declaro que todos los datos antes suministrados por mi persona son ciertos y que cualquier omisión de información queda bajo mi total y absoluta responsabilidad.

Firma y Cédula del Representante

4-. CLASIFICACIÓN ASA

ASA I	<input type="radio"/>
ASA II	<input type="radio"/>
ASA III	<input type="radio"/>
ASA IV	<input type="radio"/>
ASA V	<input type="radio"/>
ASA VI	<input type="radio"/>

	TIPO DE PACIENTE	MODIFICACION EN EL TRATAMIENTO
ASA I	Pacientes Sanos. Toleran bien el estrés.	No es necesaria ninguna modificación.
ASA II	Enfermedad Leve. Ansiedad extrema.	Adecuación del tratamiento a sus necesidades.
ASA III	Enfermedad sistémica grave no incapacitante.	Protocolo de minimizar riesgos.
ASA IV	Enfermedad incapacitante.	Odontología Hospitalaria.
ASA V	Moribundo.	Tratamiento paliativo.
ASA VI	* Muerte clínica	

5-. MANIFESTACIONES BUCALES QUE PRESENTA EL PACIENTE CON DISCAPACIDAD

1.- Enfermedad caries dental	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones de caries activas e inactivas 	<input type="radio"/>
2.- Enfermedad periodontal	<ul style="list-style-type: none"> Halitosis. Calculo dental. Biopelícula. Hiperplasia Gingival asociada a medicamentos. Gingivitis. Pouching 	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
3.- Hábitos nocivos y parafuncionales	<ul style="list-style-type: none"> Bruxismo. Deglución Atípica. Succión digital y labial. Respiración bucal. Onicofagia 	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
4.- Maloclusiones	<ul style="list-style-type: none"> Apiñamientos. Mordidas cruzadas anteriores y posteriores. Protrusión del maxilar 	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
5.- Alteración de numero y forma	<ul style="list-style-type: none"> Dientes cónicos. Hipoplasia del esmalte. Hipocalcificación del esmalte. Hipodoncia. Agencias Taurodontismo. 	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
6.- Maxilar y paladar	<ul style="list-style-type: none"> Hendidura labial-palatina. Hipoplasia del maxilar. Paladar profundo. 	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
7.- Labio y lengua	<ul style="list-style-type: none"> Macroglosia. Lengua geográfica 	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
8.- Traumatismo dental	¿Cuál?	<input type="radio"/>
9.- Retardo de la erupción	¿Cuál?	<input type="radio"/>
10.- Alteración muscular- Babeo		<input type="radio"/>
11.- Candidiasis		<input type="radio"/>

OBSERVACIONES: _____

6-. TECNICA CONDUCTUAL REFERENTE A LA CONSULTA ODONTOLOGICA

Técnicas Aversivas	<ul style="list-style-type: none"> • Control de voz • Abreboca o estabilización de mordida • Estabilización protectora 	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Técnicas comunicativas	<ul style="list-style-type: none"> • Desensibilización • DMH • Modelamiento • Refuerzo positivo • Refuerzo negativo • Distracción 	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Técnica Farmacológica	<ul style="list-style-type: none"> • Sedación • Anestesia General 	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

*En caso de ser positiva la técnica farmacológica, debe indicar:

Fecha: _____

Medicación utilizada:

Tiempo del procedimiento: _____

Nivel de sedación: Mínima Consciente Profunda

Observación: _____

Instructivo de llenado de ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad.

Al realizar el llenado de esta ficha clínica debe tomar en cuenta y conocer sobre el tema, es por esto, que a través de este instructivo le explico de manera clara y sencilla el concepto de los ítems más relevante.

Tipos de discapacidad

1.- Discapacidad Intelectual.

Se define a toda aquella limitación del funcionamiento intelectual que dificulta la participación social o el desarrollo de la autonomía o de ámbitos como el académico o el laboral.

Su clasificación se basa en el cociente intelectual, medida que evalúa la capacidad cognitiva en relación con la población de la misma edad.

1. **Discapacidad intelectual leve:** presentan coeficiente intelectual entre 50 y 70. Pueden enfrentar desafíos en el aprendizaje, pero con el apoyo adecuado, logran cierta autonomía.
2. **Discapacidad intelectual moderada:** con el coeficiente intelectual entre 35 y 50, quienes la padecen requieren mayor atención y apoyo para enfrentar desafíos.
3. **Discapacidad intelectual grave:** cuando el coeficiente intelectual oscila entre 20 y 35, las necesidades de atención y apoyo son aún más significativas, las dificultades en la comunicación y el aprendizaje son palpables en su vida cotidiana.
4. **Discapacidad intelectual profunda:** con un coeficiente intelectual inferior a 20, las personas con esta condición demandan atención constante para realizar tareas diarias, enfrentando desafíos severos en la comunicación y el aprendizaje.

2.- Discapacidad Cognitiva.

La discapacidad cognitiva es un término amplio que abarca una serie de condiciones que afectan las habilidades mentales y el funcionamiento intelectual de una persona

TEA: Trastorno de espectro autista.

TDA: Trastorno de atención.

TDAH: Trastorno de atención e Hiperactividad.

Retraso global del desarrollo psicomotor (RDSM): retraso significativo (definido como dos o más desviaciones estándar por debajo de las normas de referencia para la edad) en la adquisición de habilidades en dos o más áreas del desarrollo: área motora gruesa o fina, cognitiva, lenguaje, social/adaptativa y actividades de la vida diaria, que pueden ser directamente observables y medibles.

3.- Discapacidad Física o motora.

La discapacidad motora o física es aquel tipo de limitación general por la presencia de una problemática vinculada a una disminución o eliminación de capacidades motoras o físicas, como por ejemplo la pérdida física de una extremidad o de su funcionalidad habitual

La clasificación de las discapacidades físicas combina varios criterios, según Vásquez:

1. **Discapacidades físicas motrices:** incluye discapacidades motrices sin afectación cerebral (secuelas de poliomielitis, lesión medular, amputación, espina bífida, miopatía, escoliosis, otras discapacidades motrices) y discapacidades motrices con afectación cerebral (parálisis cerebral, accidente cerebrovascular).
2. **Discapacidades físicas por enfermedad:** incluyen asma infantil, epilepsia, dolor crónico, enfermedad renal y otras discapacidades físicas por enfermedad crónica.
3. **Discapacidad física mixta:** incluye plurideficiencias, secuelas de hospitalización e inmovilización o relacionadas con el movimiento de las extremidades.
4. **Discapacidad Sensorial.** Hace referencia a la existencia de limitaciones derivadas de la existencia de deficiencias en alguno de los sentidos que nos permiten percibir el medio sea externo o interno.

4.- Discapacidad Sensorial.

Discapacidad auditiva:

- **Hipoacusia:** pérdida de la audición.
 - a. **Leve:** pérdida inferior a 40 decibelios.
 - b. **Moderadas:** de 40 a 70 decibelios.
 - c. **Severas:** superiores a 70 decibelios. Conforme a la seguridad social se considera una persona sorda a partir de 75 decibelios.
 - d. **Sordera o cofosis:** no se oye.
- **Discapacidad Visual:** Disminución o pérdida de las funciones visuales.

5.- Discapacidad Mental o Psicosocial.

Se habla de discapacidad psíquica cuando estamos ante una situación en que se presentan alteraciones de tipo conductual y del comportamiento adaptativo, generalmente derivadas del padecimiento de algún tipo de trastorno mental.

6 Discapacidad múltiple o pluridiscapacidad.

Este tipo de discapacidad es la que deriva de una combinación de limitaciones derivadas de algunas de las anteriores deficiencias.

Grados de discapacidad.

Grados de la Discapacidad según CONAPDIS (2024).

El grado de discapacidad sirve precisamente para definir de la forma más objetiva posible hasta qué punto la discapacidad afecta la autonomía de una persona para poner a su disposición las herramientas y ayudas necesarias.

- **Grado 1:** Discapacidad nula, la persona puede tener síntomas, signos o secuelas de un accidente o enfermedad, pero no hay dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.
- **Grado 2:** Discapacidad Leve, aparecen algunas dificultades para las actividades de la vida diaria, pero todas se pueden realizar. Se mantienen los signos, síntomas o secuelas.
- **Grado 3:** Discapacidad Moderada, supone una disminución importante de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, la persona puede realizar las tareas de autocuidado.
- **Grado 4:** Discapacidad Grave, se encuentran afectadas también las capacidades de la persona para las actividades de autocuidado.
- **Grado 5:** Discapacidad muy grave, es el más elevado de los grados de discapacidad. Implica una imposibilidad para realizar las actividades de la vida diaria.

Clasificación de los pacientes con Discapacidad según Castañeda.

Las personas con discapacidad se clasifican en 4 grupos, según las afecciones que presentan:

Grupo I: Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. En este grupo se incluirán:

- **Pacientes diabéticos:** aquellos afectados de diabetes mellitus, tanto insulino-

dependiente como no insulino-dependiente.

- **Pacientes Cardiópatas:** aquellos que presentan algunas de las siguientes patologías: cardiopatía isquémica, valvulopatías, insuficiencia cardíaca y pacientes con trasplante cardíaco.
- **Pacientes nefrópatas:** aquellos portadores de alguna de las siguientes patologías: Enfermedad renal crónica, pielonefritis crónica, litiasis renal crónica, hidronefrosis crónica, nefrectomatizados y pacientes con trasplante renal.
- **Paciente con discrasias sanguíneas:** aquellos que muestran algunas de las siguientes enfermedades: leucemia, drepanocitemia y otros tipos de anemias crónicas.
- **Pacientes Epilépticos:** lo que padezcan cualquier tipo de epilepsia independiente de su clasificación.

Grupo II: Pacientes con enfermedades que provocan déficit motor. Se incluirán en este grupo a los siguientes:

- **Parapléjicos:** aquellos que presenten parálisis más o menos completas de partes simétricas, de ambos miembros superiores o de ambos miembros inferiores.
- **Cuadripléjicos:** aquellos que presenten parálisis de los 4 miembros.
- **Hemipléjicos:** aquellos que presenten parálisis de un lado del cuerpo.
- **Otros:** se incluirán en este grupo a aquellos pacientes que durante nuestra investigación observemos que tienen alguna otra patología que los incapacite desde el punto de vista motor y requieran consideraciones estomatológicas.

Grupo III: Pacientes con enfermedades que provocan déficits sensoriales. A este grupo pertenecerán los siguientes pacientes:

- **Ciegos:** aquellos privados de la visión.
- **Sordos:** aquellos privados del sentido de la audición.
- **Sordo-mudos:** aquellos pacientes que se encuentren privados del sentido de la audición y de la palabra, esta última debido a la sordera congénita o adquirida poco después del nacimiento.

Grupo IV: Pacientes con retardo mental. Aquellas personas que presenten desarrollo anormal de los problemas psíquicos fundamentales, los cognoscitivos superiores, o sea, los que tienen defectos estables de su actividad cognoscitiva (percepción, procesos voluntarios de la memoria, pensamiento lógico-verbal, lenguaje, y otras), a consecuencia de una lesión orgánica cerebral.

Según la clasificación los niveles de retraso mental son:

- Fronterizo (CI: 68-83)
- Ligeros (CI: 52-67)
- Moderados (CI: 36-51)
- Severos (CI: 20-35)
- Profundos (CI: por debajo de 20).

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En función de los objetivos planteados sobre identificar la necesidad de diseñar una propuesta de ficha anexa a la historia clínica para los pacientes con discapacidad que asisten al postgrado de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, se concluye:

- Se reconoció por parte de los encuestados (docentes y residentes) la necesidad de la presencia de una ficha clínica o historia clínica específica para pacientes con discapacidad que priorice a la persona, que sea inclusiva y evite el uso de etiquetas en estos tipos de pacientes, lo que logrará mejorar el diagnóstico, plan de tratamiento y las técnicas de adaptación adecuadas para cada tipo de paciente.
- Se determinó la factibilidad institucional, social y económica de la incorporación de una ficha anexa a la historia clínica del postgrado de odontopediatría para ser aplicada a los pacientes con discapacidad que acuden a consulta de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, respetando su dignidad y derechos humanos.
- Se diseñó la ficha anexa a la historia clínica que permite dar una atención integral, personalizada y accesible para los pacientes con discapacidad que acuden a la consulta Odontopediátrica, a fin de garantizar el seguimiento de cada paso que involucra la atención clínica, facilitar el acceso a la información, promover el enfoque

multidisciplinario, aunado a esto, cumplir con normativas legales, éticas y de derechos humanos.

Para el odontopediatra, un paciente con discapacidad es aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de lo convencional de orden físico, mental, sensorial, o de comportamiento y que requiere maniobras, conceptos y equipamiento especiales, a fin de brindar una atención diferente, que escapa de los programas y rutinas estándares, lo que representa un reto y la necesidad de incorporar a la historia clínica un anexo que le permita una atención oportuna y equitativa a este tipo de paciente.

Recomendaciones

A continuación, y tomado en cuenta las conclusiones, se realizan sugerente en cuanto a la propuesta que deben existir para su puesta en marcha:

- Dar cumplimiento a la propuesta de ficha anexa y aplicarla en los pacientes con discapacidad que asistan al postgrado de odontopediatría de la facultad de odontología de la universidad de Carabobo.
- Incluir al programa de postgrado de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo esta ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad.

Bibliografía

1. Rojas Loyola G. La historia clínica: una mirada desde la bioética. Gac Méd Caracas. 2021; 129(3): p. 707-16.
2. Pérez Bada E, Pedraza Rodríguez EM, González Velázquez VE. Un llamado a la responsabilidad con la historia clínica en manos de los estudiantes. Rev Cubana de Medicina. 2019; 58(2): p. e303-08.
3. González IA, Romero Fernández AJ, Latorre Tapia LF. Importancia de la historia clínica como instrumento para la recogida de datos en la entrevista médica. Revista Universidad y sociedad. 2021; 13(S3): p. 129-34.
4. Blanco Alvarado DJ. La historia clínica: Algunos comentarios desde la medicina y el derecho. Revista Verba Iuris. 2020; 14(42): p. 153-62.
5. Coba Quintana LM, Vallejo Lara JS, Hidalgo Cajo FR, Vallejo Lara SV. La historia clínica como instrumento médico- legal probatorio. Rev. Hab de ciencias médicas. 2024; 23: p. 1-13.
6. Siguenza Rojas JD, Jaimes AE. La historia clínica como prueba documental: un análisis del sistema colombiano y ecuatoriano. Rev Arbitrada de ciencias jurídica. 2021; 6(1): p. 1-21.
7. Wasnik M, Sajjanar A, Kumar S, Bhayade S, Gahlod N, Khekade S, et al. Barriers to dentist in management of patients with special health care needs. Journal of research in medical and dental science. 2021; 9(11): p. 217-22.
8. Organización panamericana de la salud; Organización mundial de la salud. OPS. [Online]. [cited 2024 Julio 14. Available from: [____HYPERLINK "https://www.paho.org/es/temas/discapacidad" https://www.paho.org/es/temas/discapacidad](https://www.paho.org/es/temas/discapacidad) .
9. UNFPA Venezuela. Guía UNFPA-CONAPDIS. [Online].; 2022 [cited 2024 Julio 14. Available from: [____HYPERLINK "file:///C:/Users/Ybelise/Downloads/enezuela.unfpa.org/es/news/unfpa-y-conapdis-presentan-visibles-guía-de-orientaciones-para-acciones-de-prevención-y" enezuela.unfpa.org/es/news/unfpa-y-conapdis-presentan-visibles-guía-de-orientaciones-para-acciones-de-prevención-y](file:///C:/Users/Ybelise/Downloads/enezuela.unfpa.org/es/news/unfpa-y-conapdis-presentan-visibles-guía-de-orientaciones-para-acciones-de-prevención-y) .
10. Scagnet G. Odontología y discapacidad. Rev. Asoc. Odontol Argent. 2018; 106: p. 107-110.
11. Insaurralde P RA. Calidad de las historias clínicas de la facultad de odontología "Santo tomas de aquino" de la unca en el año 2019. Tesis de Grado. Paraguay: Universidad nacional de caaguazú Santo tomás de Aquino,

Facultad de Odontología; 2020.

12. Cadena A S. Calidad de llenado de la historia clínica en discapacidad del servicio integral de rehabilitación del hospital municipal de viacha del departamento de la paz, en la gestión 2021. Tesis de Grado. Bolivia: Universidad Mayor de san andrés. Facultad de medicina, enfermería, nutrición y tecnología médica, Unidad de Postgrado; 2023.
13. Chapoñan T MA. Evaluación de la calidad y factores asociados a la historia clínica del hospital regional cajamarca. Tesis de Grado. Perú: Universidad César Vallejo, Escuela de postgrado. programa académico de maestría en gestión de los servicios de la salud; 2021.
14. Orna C VG. Propuesta de un modelo de historia clínica para odontopediatría. Tesis de Grado. Ecuador: Universidad nacional de Chimborazo, Facultad de ciencias de la salud. Carrera de odontología; 2023.
15. Dominguez R ME. Sistematización y archivo de documentación médica legal del postgrado de odontopediatría de la facultad de odontología de la universidad de carabobo. Tesis de Grado. Valencia: Universidad de Carabobo, Postgrado Odontología; 2022.
16. Rogers R. Valor médico legal de la historia clínica e implicaciones legales del ejercicio de la medicina. GICOS. 2019; 4(2).
17. Rosales MS. Manual para la confección de la historia clínica en la atención primaria de salud en estomatología. In. La Habana: Ciencias médicas 2015; 2015. p. 1-8.
18. Sanhueza Sepúlveda C. Historia Clínica. In Catalán DNAV. Pediatría para "Naneas".; 2021. p. 160.
19. Ruiz Hernández I, Castro Junco I, Palmarola Gómez N. Consideraciones teóricas sobre la historia clínica, desde su valor educativo en Medicina interna. Atenas. 2022; 4(60): p. 227-40.
20. Quinto R SA. Historia clínica. Tesis de Grado. Perú: Universidad inca Garcilaso de la Vega, Facultad de estomatología; 2019.
21. Luna Maldonado A, Laborda Reboiro M. Aspectos legales de la historia clínica en odontología. [Online]. [cited 2024 julio 29].
22. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Historias clínicas electrónicas y la importancia de cómo documentar. , Herramientas de concimiento; 2022.

OMS. 2011.

35. Vásquez J. Inclusión para personas con discapacidad en Venezuela. [Online].; 2019 [cited 2024 Agosto 01. Available from: HYPERLINK "https://activistasciudadanos.org/inclusion-para-personas-con-discapacidad-en-venezuela/" https://activistasciudadanos.org/inclusion-para-personas-con-discapacidad-en-venezuela/.
36. Morales LN, Rotela CA. Tipos de discapacidad en una comunidad de caazapá. Anales de la facultad de ciencias médicas (asunción). 2019; 52(3): p. 69-76.
37. Ministerio del poder popular para la salud. Dirección general de salud integral para personas con discapacidad. [Online].; 2024 [cited 2024 Septiembre 08. Available from: HYPERLINK "http://dgsipcd.mpps.gob.ve/dgsipcd/index.php/clasificacion-y-calificacion/" http://dgsipcd.mpps.gob.ve/dgsipcd/index.php/clasificacion-y-calificacion/.
38. Merino Coll JM. Grados de Discapacidad. [Online]. [cited 2024 Agosto 11. Available from: HYPERLINK "https://www.conceptosjuridicos.com/grados-de-discapacidad/" https://www.conceptosjuridicos.com/grados-de-discapacidad/#:~:text=La%20discapacidad%20se%20valora%20en,grado%205%20(muy%20grave)." https://www.conceptosjuridicos.com/grados-de-discapacidad/#:~:text=La%20discapacidad%20se%20valora%20en,grado%205%20(muy%20grave).
39. Cortezo Vidal V. Tratamiento odontológico bajo anestesia general en personas con discapacidad intelectual severa en el hospital general universitario Gregorio Marañón: Estudio retrospectivo de 10 años. , Universidad Complutense de Madrid; 2018.
40. Gaete Cárdenas DA, Henríquez Luhr J, Gittermann Montenegro K. Neurodivergencia en tiempos actuales. Austral Journal of Biohealth. 2024.
41. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Gobierno de México. [Online].; 2021 [cited 2024 Agosto 11. Available from: HYPERLINK "https://www.gob.mx/issste/articulos/hablemos-de-discapacidad?idiom=es" https://www.gob.mx/issste/articulos/hablemos-de-discapacidad?idiom=es.
42. Castañeda NT, Rodríguez Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev. Cubana Estomatol. 2001; 38(3): p. 181-91.

43. Bastarrechea Milián Mdlm, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D, González Longoria MCB. Clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica. Revista cubana de estomatología. 2021; 58(3): p. e3658-72.
44. Diroche Tejado A, García Ajj. Diseño de silla de ruedas para niños con discapacidad motora. Tesis de Grado. Santo Domingo: Universidad nacional pedro henríquez ureña, Escuela de Ingeniería industrial; 2022.
45. Solís García P. Las personas con discapacidad intelectual ante el covid-19: Una revisión sistemática. En claves del pensamiento. 2022; 31: p. e500-21.
46. Maita L. Discapacidad intelectual. [Online].; 2024 [cited 2024 Agosto 14]. Available from: [HYPERLINK "https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/discapacidad-intelectual"](https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/discapacidad-intelectual)
<https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/discapacidad-intelectual>.
47. Claudia T. Discapacidad Cognitiva. [Online].; 2024 [cited 2024 Agosto 14]. Available from: [HYPERLINK "https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/discapacidad-cognitiva"](https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/discapacidad-cognitiva)
<https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/discapacidad-cognitiva>.
48. Avaria MdlÁ. Aproximación clínica al retardo del desarrollo psicomotor y discapacidad intelectual. Rev. Med. Clin. Condes. 2022; 33(4): p. 379-86.
49. Álava Vásquez ZM, Rodríguez Felipe D, Ferrer Lozano DM. Resiliencia en un grupo de discapacitados físico motores. Rev. cubana de medicina general integral. 2021; 37(4): p. e1528-39.
50. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2022 [cited 2024 Agosto 13]. Available from: [HYPERLINK "https://www.who.int/es/health-topics/hearing-loss"](https://www.who.int/es/health-topics/hearing-loss) \ | ["tab=tab 1" https://www.who.int/es/health-topics/hearing-loss#tab=tab_1](https://www.who.int/es/health-topics/hearing-loss#tab=tab_1).
51. Maita L. Discapacidad Auditiva. [Online].; 2024 [cited 2024 Agosto 13]. Available from: [HYPERLINK "https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/discapacidad-sensorial/discapacidad-auditiva"](https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/discapacidad-sensorial/discapacidad-auditiva) \ | [#:~:text=Leves%3A%20p%C3%A9rdida%20inferior%20a%2040,a%20partir%20de%2075%20decibelios.](https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/discapacidad-sensorial/discapacidad-auditiva#:~:text=Leves%3A%20p%C3%A9rdida%20inferior%20a%2040,a%20partir%20de%2075%20decibelios.) [https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/discapacidad-sensorial/discapacidad-auditiva#:~:text=Leves%3A%20p%C3%A9rdida%20inferior%20a%2040,a%20partir%20de%2075%20decibelios.](https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/discapacidad-sensorial/discapacidad-auditiva#:~:text=Leves%3A%20p%C3%A9rdida%20inferior%20a%2040,a%20partir%20de%2075%20decibelios)

52. Alarcón Segura K, Castilli Correia de Campos LF, Barrera Rosales N, Inostroza Martínez C, Fuentealba Faúndez F, Riquelme Saldías Á, et al. Desarrollo motor en niños de 5 a 12 años con discapacidad visual. Una revisión sistemática. Rev. peru cienc act fis deporte. 2021; 8(4): p. 1258-66.
53. Maita L. Pluridiscapacidad. [Online].; 2024 [cited 2024 Agosto 14. Available from: _____ HYPERLINK "<https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/pluridiscapacidad>" <https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/pluridiscapacidad> .
54. Morales Chávez M. Odontología en pacientes especiales una necesidad creciente Caracas; 2018.
55. Yevenes S, Epulef V, Rocco C, Geisse F, Vial M. Clasificación American Society of Anesthesiologisth Physical Status: Revisión de ejmplos locales-Chile. Revista Chilena de Anestesia. 2022; 51(3): p. 251-60.
56. Vásquez Ávila C, López Ochoa S, Ordóñez Crespo P, Medina Sotomayor P, Vasquez Villavicencio N. Revisión sistemática del abordaje odontopediátrico a pacientes discapacitados. Revista cietífica UOD. 2023; 11(1).
57. Bartolomé Villar B, Vilar Rodríguez C, Cañizares V, Torres Moreta L. Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. Cient. Dent. 2020; 17(1): p. 27-34.
58. García Rosales LE, Sánchez Molina M, Borre Ortiz YM. Anestesia general durante la atención odontológica a niños y personas con discapacidad. Revista Cuba Estomatol. 2022; 59(1): p. e3747.
59. Bonaccorso C. Sedación en el paciente odontológico: Revisión sistemática. Tesis de Grado. España: Universidad europea valencia; 2022.
60. Arias FG. Proyecto de investigación. introducción a la metodología científica Caracas- Venezuela: EPISTEME; 2006.
61. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N 37 865. In Extraordinaria; 1999; Caracas.
62. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley orgánica para la protección de niños, niñas y adolescentes. In Gaceta Oficial 5.859 Extraordinaria; 2015; Caracas. p. 1-193.
63. Código de Deontología Odontológica. Aprobado en el XXXIX convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela; 15 agosto 1992; San Felipe.

64. A Fifth Amendment for the Declaration of Helsinki. *The Lancet*. 2000; 356(9236): p. 1123.
65. Palella Stracuzzi S, Martins Pestana F. Metodología de la investigación Cuantitativa. 3rd ed. Caracas: Fedupel; 2012.
66. Murillo W. La investigación Científica. In.; 2008.
67. Sousa VD DMMI. Revisión de diseños de investigación. *Rev. Latino-am enferma gem*. 2007; 15(3).
68. Gasso L. Encuestas: elementos para su diseño y análisis Córdoba, Argentina: Encuentro Grupo Editor; 2006.
69. Dankhe GL. Investigación y comunicación C. Fernández-Collado y G.L. D, editor. México, D.F.: McGraw Hill de México; 1976.
70. M. G. Introducción a la metodología de la investigación científica Córdoba: Brujas; 2006.
71. Sampieri H, et. Metodología de la investigación México: Mc Graw Hill; 1994.
72. Tamayo Ortiz B, Pérez Torres L, Cabalé Bolaños M. relación entre las enfermedades periodontales y sistémicas. *CCM*. 2019; 23(2): p. 1-8.
73. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación Hill M, editor. Mexico: 4ta Edición; 2007.
74. Hurtado J. El proyecto de investigación. Comprensión holística de la metodología y la investigación Caracas- Venezuela: 7ma Edición; 2012.
75. Alcivar Santander RG, Murillo Almache ÁM. Covid 19: Atención odontopediátrica en pacientes con discapacidad. *Revista San Gregorio*. 2022 Marzo;(49): p. 90-107.
76. Claman D, Molina J, Peng J, Fischbach H, Casamassimo p. Accuracy of parental self-report of medical history in a dental setting: integrated electronic health record and nonintegrated dental record. *Pediatric Dentistry*. 2021; 43(3): p. 230-36.
77. Bogner MS, Faulks D. Understanding oral health from the point of view of adults with disabilities and/ or complex medical conditions: A scoping review. *Special care in dentistry*. 2023 May; 43(1).
78. Astudillo Campos PdP, Vélez Sánchez MV, Armijos Fernández FG, Sánchez Valdiviezo M. Manejo de pacientes con discapacidades en el ámbito

odontológico. RECIAMUC. 2022; 6(3): p. 152-9.

79. Quenta Chura LK. Manejo conductual no farmacológico en odontopediatría. Perú: Universidad privada de Tacna; 2024.
80. Biasotto M, Poropat A, Porrelli D, Ottaviani G, Rupel K, Bogdan Preda MT, et al. Dental treatment in special needs patients and uncooperative young children: A Retrospective Study. Medicina. 2024; 60(1): p. 91.
81. Kim KM, Yang YM, Lee DW, Kim JG. A statistic of patients with disabilities visiting the department of pediatric dentistry of Jeonbuk National University dental hospital between 2018-2022. International Journal of Disability and oral health. 2024; 20(1): p. 10-8.

ANEXOS

Constancia de adscripción a la estructura de investigación



Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Unidad de Investigación en Alteraciones
del Crecimiento y Desarrollo.



CONSTANCIA

Quien suscribe Prof. Yamir Gamarra Arévalo, Coordinadora de la Unidad de Investigación en Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (UDACYD), adscrita a la Dirección de Investigación y Producción Intelectual de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, hago constar que el proyecto de investigación titulado: **FICHA ANEXA A LA HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD. POSTGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE CARABOBO.** se encuentra adscrito a UDACYD. enmarcado dentro de la Línea de investigación: Calidad de vida y Bioseguridad, Temática: Calidad de vida, Subtemática: Discapacidad y grupos vulnerables. Empatía y bienestar en el proceso enseñanza/aprendizaje (Odontólogo-Paciente) el cuál se desarrollará por la autora: Josnelly Betania Santaella Pantoja CI: 21.454.668

Tutor de contenido :Profa. Rosa Weffer CI 14.514.622

Atentamente:

Prof. Yamir Gamarra Arévalo
Coordinadora de UDACYD
C.I:4392246

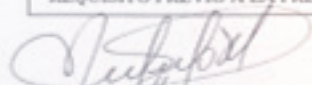
Unidad de Investigación en Alteraciones
Crecimiento y Desarrollo
UDACYD

Constancia que se emite, a petición de las partes interesadas a los 18 días del mes de Marzo del año 2025

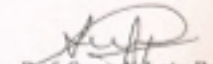
Dictamen de Bioética

DICTAMEN BIOÉTICA

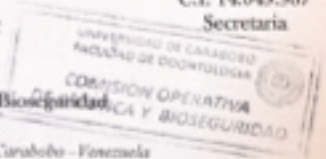
FECHA: 19/05/2025	Proyecto N°: Cobb-001-2025	N° de control COBB:/Teg:001-2025	
TIPO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	Trabajo de Ascenso	Trabajo Especial de Grado	X
	Trabajo de Grado (Odontólogo)	Trabajo de Grado para Maestría	
	Trabajo de Investigación Libre	Tesis Doctoral	
Responsables de la Investigación			
1) Josnelly B. Santaella P.		C.I.: V- 21.454.668	
2) Rosa Weffer		C.I.: V- 14.514.622	
Título:			
FICHA ANEXA A LA HISTORIA CLINICA PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD. POSTGRADO DE ODONTOPEDIATRIA, FACULTAD DE ODONTOLOGIA. UNIVERSIDAD DE CARABOBO			
Las condiciones de aprobación, han sido previamente establecidas para la aplicación de esta investigación.			
<i>La aprobación incluye:</i>			
SE CERTIFICA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA ES VERDADERA, COMO CONSTA EN LOS REGISTROS DE LA COMISIÓN OPERATIVA DE BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA (COBB-FOUC).			
SE CERTIFICA QUE LA INVESTIGACION ESTA EN TOTAL ACUERDO CON LAS PAUTAS PROPUESTAS Y REGULACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES ESTABLECIDAS A TAL EFECTO.			
EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE APROBACION INICIAL, LA ETAPA DE SEGUIMIENTO, COMO EL RESGUARDO DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS APLICADOS, SON RESPONSABILIDAD DEL INVESTIGADOR (ES).			
DICTAMEN BIOÉTICO			
EMITIDO POR LA COMISIÓN OPERATIVA DE BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA FOU, REQUISITO PREVIO A LA PRESENTACIÓN PÚBLICA DE LA INVESTIGACION.			


Prof. Nubia T Brito M
C.I: 7.102.756
Miembro


Prof. Henry J Pérez C
C.I: 11.190.281
Coordinador


Prof. Susana León P
C.I: 14.049.987
Secretaria

Comisión Operativa de Bioética y Bioseguridad



Pabellón 11, Campus Bárbula, Naguamogote-Carabobo - Venezuela



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 ESTUDIOS PARA GRADUADOS
 PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE ODONTOPEDIATRIA

Consentimiento informado

Este consentimiento informado representa un proceso bioética fundamental en la investigación médica que le asegura a la muestra una participación voluntaria. Así, doy mi consentimiento para ser encuestado por la Od. Josnelly Betania Santaella Pantoja, quien está cursando el programa de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, para integrar parte de su muestra en el estudio denominado **Ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad. Postgrado de odontopediatria, Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo**, cuyo objetivo es Proponer una ficha anexa a la historia clínica para los pacientes con discapacidad que asisten al postgrado de odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, a través de un proyecto factible, diagnosticando la necesidad de la propuesta. Reconozco que este estudio será aplicado solo a docentes y residentes del Postgrado de odontopediatria, Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, cuyo beneficio será un aporte para la mejora de la historia clínica para la atención de los pacientes con discapacidad, sin remuneración alguna, estudio amparado por el derecho a las salud expresado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 83 y 84.

Declaro que estoy debidamente informado(a) acerca de la contribución que aportaré al conocimiento científico para uso actual y futuras aplicaciones. La investigadora responsable del estudio, Od. Josnelly Betania Santaella Pantoja, se compromete a preservar el carácter confidencial de la información obtenida y a respetar mi derecho de conservar la integridad de mi persona, además que se adoptará toda clase de precauciones para resguardar mi intimidad y reducir al mínimo cualquier efecto adverso que pueda generar la investigación sobre mi condición física, mental, psicológica y moral, así como que no recibiré un beneficio alguno como resultado de mi participación.

Entiendo que se me entregará una encuesta tipo cuestionario, con el fin de determinar si es necesario diseñar la historia clínica de pacientes con discapacidad que acude al postgrado de odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, y que su llenado durará aproximadamente 10 minutos, así como fui elegido(a) al igual que otros(as) sujetos para la aplicación de esta encuesta. Se me ha notificado que es del todo voluntaria, por tanto, he concedido participar libremente en esta investigación, sin embargo, tengo abierta la posibilidad de no intervenir ejerciendo mi plena libertad y autonomía, si así lo quisiera, reconociendo que será un estudio que culminara en el año 2025, y que los resultados serán publicados.

Fecha _____ Informante N° _____

Yo _____ C.I. _____ de _____ años de edad y sexo _____ autorizo participar en la investigación _____

Firma del Encuestado

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Firma de Testigo

Firma de Testigo

Od. Josnelly Betania Santaella Pantoja TLF: 0414-3495996



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA**

INSTRUMENTO DE DIAGNOSTICO

Entrevistado:	Fecha:
Docente :	Residente:
Título: Ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad. Postgrado de odontopediatría, Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo	

CUESTIONARIO

El siguiente instrumento ha sido realizada con fines académicos, ya que servirá para recolectar los datos necesarios, con el propósito de evaluar la situación actual de la Historia Clínica del paciente de Discapacidad del Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, por lo que se le agradece su valiosa colaboración. Lea cuidadosamente y responda una sola alternativa. Responda con la mayor sinceridad.

N°	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Durante su residencia por el postgrado de Odontopediatría atendió pacientes con Discapacidad?		
2	¿Durante su residencia ha utilizado la historia clínica de pacientes con Discapacidad?		
3	¿Cree necesario realizar una ficha anexa a la historia clínica general del postgrado de Odontopediatría para la evaluación de pacientes con discapacidad?		
4	¿Cree que el término correcto para llamar a esta población es Discapacidad?		
5	¿Cree que el término correcto para llamar a esta población es Diversidad?		
6	¿Cree usted que es necesario agregar algún Ítems en la historia Clínica general actual para la evaluación de pacientes con discapacidad?		
7	¿Considera usted que el formato actual de la historia clínica es la más recomendada para la evaluación de los pacientes con discapacidad?		
8	¿Considera usted importante solicitar el informe médico para este tipo de pacientes?		
9	¿Considera usted que tener una ficha clínica específica para los pacientes con discapacidad mejoraría su atención?		
10	¿Considera usted que una ficha anexa a la historia clínica		

	facilitaría el llenado de la misma y ayudaría a realizar un plan de tratamiento más específico?		
11	¿Considera usted que anexar una ficha anexa a la historia clínica general para pacientes con discapacidad ayudaría a mejorar las técnicas de adaptación de acuerdo al tipo de paciente?		
12	¿Conoce usted la clasificación internacional de funcionamiento de la Discapacidad?		
13	¿Conoce usted que los pacientes con Discapacidad, se pueden dividir en Grados?		
14	¿Conoce Usted que existen 6 tipos de Discapacidad?		

Observaciones:

Santaella, J. (2025)



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 ESTUDIOS PARA GRADUADOS
 ESPECIALIZACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA

**FORMATO PARA VALIDAR INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE
 JUICIOS DE EXPERTOS.**

A continuación, se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman el instrumento, de recolección de la Od. **Josnelly Betania Santaella Pantoja** en el trabajo titulado, **FICHA ANEXA A LA HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD. POSTGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA, FACULTAD DE ODONTOLOGIA. UNIVERSIDAD DE CARABOBO**, para optar al título de Especialista en Odontopediatria. En este instrumento se valoran: criterio, pertinencia, coherencia y claridad. Para ello, se presenta una escala de cuatro alternativas para que usted seleccione la que considere correcta.

Experto: _____

Especialidad: _____

Escala: **A** (Muy bueno) **B** (Bueno) **C** (Regular) **D** (Deficiente)

ÍTEMS	CRITERIO	PERTINENCIA	COHERENCIA	CLARIDAD
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

12				
13				
14				

VEREDICTO DE LA VALIDACIÓN: (Coloque: SI o NO, en el espacio)

Cumple con los criterios de forma _____

Cumple con los criterios de fondo _____

Necesita rediseño _____

JUICIO DEL EXPERTO

❖ El instrumento es pertinente según los objetivos planteados:

Los ítems están claramente definidos según las variables descritas en el estudio:

❖ Observaciones Generales: _____

Según su criterio el Instrumento se considera:

FIRMA DEL EXPERTO: _____



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRIA

Especialista en odontopediatría

Presente.

Me dirijo a Usted con la finalidad de presentarle el instrumento de recolección de datos para su validez de contenido, que será usado en Trabajo Especial de Grado para optar al título de especialista en ODONTOPEDIATRIA. Titulado **FICHA ANEXA A LA HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD. POSTGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA, FACULTAD DE ODONTOLOGIA. UNIVERSIDAD DE CARABOBO.** Los datos serán recolectados a partir de un cuestionario con fines académicos, con el propósito de diagnosticar la necesidad de diseñar la Historia Clínica de pacientes con Discapacidad del Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, por lo que se le agradece su valiosa colaboración. Se anexan instrumentos, así como también la hoja para la validez de contenido a través de juicio de experto de contenido.

Sin más que decir, se despide de Usted.

Od. Josnelly Santaella

Res. Programa de Especialización en Odontopediatría

Cuadro de Operacionalización de variable

Objetivo General: Proponer una ficha anexa a la historia clínica para pacientes con discapacidad que acuden al Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo.

Variable	Definición operacional	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento	Items
Variable Dependiente Pacientes con Discapacidad	Condición compleja del ser humano constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales que puede manifestarse en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse sin apoyo, ver u oír, comunicarse con otros, o integrarse a las actividades de educación o trabajo	Paciente pediátrico con evidencia de una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales que acude al postgrado de odontopediatría de la Universidad de Carabobo.	Discapacitado Clasificación de Discapacidad Grado de Discapacidad Tipos de Discapacidad	Atención Clínica Nominación Grupo 1 Grupo 2 Grupo 3 Grupo 4 Grado 1 Grado 2 Grado 3 Grado 4 Grado 5 Intelectual Cognitiva Física o Motora Mental o Psíquica Sensorial Visual Auditiva Mixta		1,4-5, 12 13 14
Variable Independiente Ficha anexa a la Historia Clínica (FAHC)	Documento médico-legal que se anexa a la Historia clínica, considerada como una guía metodológica para describir el estado de salud e identificar de forma priorizada los problemas de salud de las personas con discapacidad con un enfoque bio-sico-social, constituyendo esta su función diagnóstica, además de permitir la planificación, ejecución y control de cada acción en el paciente destinada hacia el fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.	Anexo al documento médico legal diseñado para la atención de los pacientes pediátrico con discapacidad que acuden al postgrado de odontopediatría de la Universidad de Carabobo, con la posibilidad de realizar un registro detallado, de manera clara y sencilla contribuyendo a mejorar el diagnóstico, manejo y plan de tratamiento de esta población	Importancia de la HC Necesidad de ficha anexo a HC para pacientes discapacitados, Formato de ficha anexa a HC para atención de pacientes discapacitados,	Concepto Propósito Relevancia Utilidad Ventajas Necesidad Datos personales Motivo de consulta Antecedentes Pers Hábitos Examen Clínico Odontodiagrama Diagnóstico Plan de Tratamiento		3, 6, 8, 9. 10,-11 2, 7,

