

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



“Prevalencia de las enfermedades y necesidades de tratamiento, según grupo etario y género en pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica de la UCSM, Arequipa 2016.”

Tesis presentada por la Bachiller:

GHISLAINE INGRID KELLY VEGA REYES

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

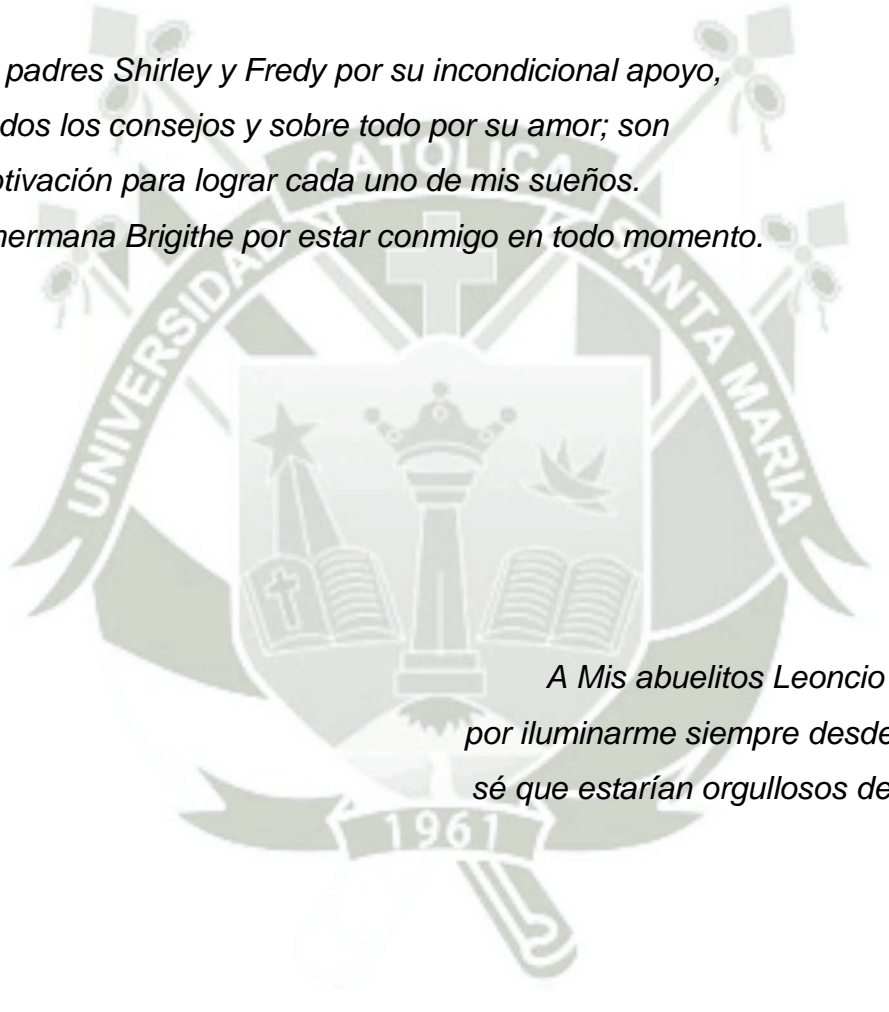
Asesora: Dra. María Barriga Llerena

AREQUIPA –PERÚ

2017

*A Dios que es muestra del más perfecto
e infinito amor.*

*A mis padres Shirley y Fredy por su incondicional apoyo,
por todos los consejos y sobre todo por su amor; son
mi motivación para lograr cada uno de mis sueños.
A mi hermana Brigithe por estar conmigo en todo momento.*



*A Mis abuelitos Leoncio y Genito
por iluminarme siempre desde el cielo,
sé que estarían orgullosos de su nieta*

*A Gonzalo por todos sus consejos,
por darme su apoyo y ánimos día a día.*



"La satisfacción radica en el esfuerzo, no en el logro.

El esfuerzo total es una victoria completa"

Mahatma Gandhi

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	15
1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION	16
1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	16
1.3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	16
1.3.1. Área del conocimiento	16
1.3.2. Análisis de Variables.....	17
1.3.3. Tipo de investigación	17
1.3.4. Nivel de investigación	18
1.3.5. Interrogantes básicas.....	18
1.3.6. Taxonomía.....	18
1.4. JUSTIFICACIÓN	19
2. OBJETIVOS	20
3. MARCO TEÓRICO.....	20
3.1. HISTORIA CLÍNICA.....	20
3.1.1. Aspectos Generales.....	20
3.1.2. Motivo de la Consulta	22
3.1.3. Antecedentes Personales y Familiares.....	23
3.1.4. Consentimiento Informado	24
3.2. SALUD	25
3.2.1. Concepto.....	25
3.2.2. Salud Bucodental	25
3.3. ENFERMEDAD	26
3.4. PACIENTES ESPECIALES Y DISCAPACIDAD	26
3.5. PACIENTE GERIÁTRICO.....	27
3.5.1. Definición de Envejecimiento	27
3.5.2. Características del proceso del envejecimiento	28
3.5.3. Cambios Bucales relacionados a la edad	30

3.5.4.	Manejo Odontológico	34
3.6.	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	35
3.6.1.	Definición y Epidemiología.....	35
3.6.2.	Cuadro Clínico	35
3.6.3.	Manifestaciones Bucales.....	36
3.6.4.	Manejo Odontológico	36
3.7.	DIABETES MELLITUS	37
3.7.1.	Definición	37
3.7.2.	Cuadro Clínico	38
3.7.3.	Manifestaciones Bucales.....	38
3.7.4.	Manejo Odontológico	39
3.8.	CEGUERA.....	40
3.8.1.	Definición	40
3.8.2.	Etiología	41
3.8.3.	Manejo Odontológico	41
3.9.	PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN O SORDERA.....	42
3.9.1.	Definición	42
3.9.2.	Etiología	42
3.9.3.	Manejo Odontológico	43
3.10.	MINUSVALÍA.....	44
3.10.1.	Definición	44
3.10.2.	Manejo Odontológico	44
3.11.	GASTRITIS	44
3.11.1.	Definición	44
3.11.2.	Cuadro Clínico	45
3.11.3.	Manejo Odontológico	45
3.12.	ASMA	46
3.12.1.	Definición	46
3.12.2.	Etiología	46
3.12.3.	Manifestaciones clínicas	46
3.12.4.	Manejo Odontológico	47
3.13.	EPILEPSIA	47
3.13.1.	Definición	47

3.13.2. Cuadro Clínico	48
3.13.3. Manifestaciones Bucales.....	48
3.13.4. Manejo Odontológico	49
3.14. ALZHEIMER	50
3.14.1. Definición	50
3.14.2. Cuadro Clínico	50
3.14.3. Manejo Odontológico	51
3.15. ESQUIZOFRENIA	51
3.15.1. Definición	51
3.15.2. Cuadro Clínico	52
3.15.3. Manejo Odontológico	52
3.16. RETRASO MENTAL.....	53
3.16.1. Definición	53
3.16.2. Manifestaciones bucales.....	53
3.17. CÁNCER	53
3.17.1. Definición	53
3.17.2. Manifestaciones Bucales.....	54
3.17.3. Manejo Odontológico	54
3.18. VIRUS PAPILOMA HUMANO.....	56
3.18.1. Aspectos generales.....	56
3.18.2. Manifestaciones bucales.....	56
3.18.3. Manejo Odontológico	57
3.19. ARTRITIS REUMATOIDE.....	57
3.19.1. Definición	57
3.19.2. Cuadro Clínico	58
3.19.3. Manejo Odontológico	58
3.20. SÍNDROME DE SJOGREN	59
3.20.1. Definición	59
3.20.2. Cuadro Clínico	59
3.20.3. Manifestaciones Bucales.....	59
3.20.4. Manejo Odontológico	60
3.21. SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ.....	61
3.21.1. Definición	61

3.21.2. Cuadro Clínico.....	61
3.21.3. Manejo Odontológico.....	62
3.22. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.....	62
3.22.1. Planificación del tratamiento Odontológico	62
3.23. CARIOLOGÍA	64
3.23.1. Restauraciones con Resina.....	64
3.23.2. Endodoncia	65
3.23.3. Incrustación.....	65
3.24. CIRUGÍA	66
3.24.1. Exodoncia.....	66
3.24.2. Regularización de reborde.....	66
3.25. PERIODONCIA	67
3.25.1. Destartaje.....	67
3.25.2. Alargamiento de corona.....	67
3.26. PROSTODONCIA	68
3.26.1. Perno espigo muñón	68
3.26.2. Corona	68
3.26.3. Puente.....	69
3.26.4. Prótesis Parcial Removible.....	69
3.26.5. Prótesis Total	69
3.27. ANÁLISIS DE LOS ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	70
4. HIPÓTESIS.....	75
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	76
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	77
1.1. Técnicas:.....	77
1.2. Instrumentos:.....	78
1.2.1. Instrumento Documental.....	78
1.3. Materiales:.....	78
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:.....	78
2.1. Ubicación espacial.....	78
2.2. Ubicación temporal.....	79
2.3. Unidades de estudio.....	79
2.4. Tamaño de muestra.....	80

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN	80
3.1. Organización	80
3.2. Recursos	81
3.2.1. Recursos Humanos	81
3.2.2. Recursos Físicos	81
3.2.3. Recursos Institucionales	81
3.2.4. Recursos Financieros	81
3.3. Validación:	81
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	81
4.1. Tipo de procesamiento:	81
4.2. Operaciones del procesamiento:	82
CAPITULO III: RESULTADOS	83
* PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	84
* DISCUSIÓN	100
* CONCLUSIONES	102
* RECOMENDACIONES	103
BIBLIOGRAFÍA	104
HEMEROGRAFÍA	106
WEBGRAFÍA	108
ANEXOS	
ANEXO N° 1: MODELO DE FICHA DE REGISTRO DE DATOS DOCUMENTAL .	110
ANEXO N° 2: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN	112

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 1:	Distribución del total de pacientes estudiados en la cátedra de odontología especial según grupo etario y género. Clínica odontológica. UCSM 2016.....	84
TABLA Nº 2:	Prevalencia de enfermedades según grupo etario en pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica. UCSM 2016.....	86
TABLA Nº 3:	Prevalencia de enfermedades según género en pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica. UCSM 2016.....	88
TABLA Nº 4:	Jerarquía de áreas de tratamientos realizados según grupo etario. Cátedra de odontología especial. UCSM 2016.....	90
TABLA Nº 5:	Jerarquía de áreas de tratamientos realizados según género. Cátedra de odontología especial. UCSM 2016.....	92
TABLA Nº 6:	Número de tratamientos específicos realizados en cada área según grupo etario en la cátedra de Odontología Especial. UCSM 2016.....	94
TABLA Nº 7:	Número de tratamientos específicos realizados en cada área según género en la cátedra de Odontología Especial. UCSM 2016.....	96
TABLA Nº 8:	Frecuencia de tratamientos odontológicos realizados en las enfermedades más prevalentes de pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica odontológica. UCSM 2016.....	98

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA N° 1:	Distribución del total de pacientes estudiados en la cátedra de odontología especial según grupo etario y género. Clínica odontológica. UCSM 2016.....	85
GRÁFICA N° 2:	Prevalencia de enfermedades según grupo etario en pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica. UCSM 2016.....	87
GRÁFICA N°3:	Prevalencia de enfermedades según género en pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica. UCSM 2016.....	89
GRÁFICA N°4:	Jerarquía de áreas de tratamientos realizados según grupo etario. Cátedra de odontología especial. UCSM 2016.....	91
GRÁFICA N°5:	Jerarquía de áreas de tratamientos realizados según género. Cátedra de odontología especial. UCSM 2016.....	93
GRÁFICA N°6:	Tratamientos específicos realizados por área a los pacientes según grupo etario en la cátedra de odontología especial. Clínica odontológica. UCSM 2016.....	95
GRÁFICA N°7:	Tratamientos específicos realizados por área a los pacientes según género en la cátedra de odontología especial. Clínica odontológica. UCSM 2016.....	97
GRÁFICA N°8:	Frecuencia de tratamientos odontológicos realizados en las enfermedades más prevalentes de pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica odontológica. UCSM 2016.....	99

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo central conocer la prevalencia de enfermedades y tratamientos odontológicos de los pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica de la UCSM.

Se trata de un estudio documental, retrospectivo, transversal documental y de nivel descriptivo. Con tal propósito se recolectó las historias clínicas de la cátedra de Odontología Especial, previa solicitud de permiso a los docentes de dicha asignatura. El universo estuvo constituido, por 360 historias clínicas, de las cuales se calculó la muestra, es así que se trabajó con 270 historias clínicas de los pacientes ya nombrados.

La distribución se realizó por grupos etarios y género, siendo 41.1% Adultos y 58.9% Adultos mayores; así como 61.9% género femenino y 38.1% masculino.

Una vez calculada la muestra, se llenaron las fichas de registro con los datos necesarios para esta investigación; posteriormente se procedió a ordenarlos en una matriz de registro, la cual se utilizará para la elaboración de tablas y gráficas.

Los resultados de la presente investigación muestran que la Enfermedad que prevaleció en los pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica UCSM en el año 2016 fue la Hipertensión Arterial tanto en el grupo etario Adultos (36.04%), como en el género femenino (32.93%), en lo que respecta a Necesidades de Tratamientos, predominó la restauración con resina tanto en grupo adulto como en adultos mayores: 17.79% y 29.88% respectivamente. Si se habla de género, la exodoncia predominó en el género femenino (18.52%), y la restauración con resina en el género masculino (21.06%).

Palabras claves: Pacientes especiales, Discapacidad, Adultos, Enfermedad, Salud, Tratamientos odontológicos.

ABSTRACT

The present study has as main objective to know the prevalence of diseases and dental treatments of the patients treated in the chair of Special Dentistry of the Clinical Odontology of the UCSM.

It is a documentary, retrospective, documentary and descriptive level study. For this purpose, the dental records of the chair of Special Dentistry were collected, after applying for permission to the teachers of this subject. The universe was constituted, by 360 clinical histories, of which the sample was calculated, so we worked with 270 clinical histories of the patients already named.

The distribution was made by gender and by age groups, with 61.9% female and 38.1% male; as well as 41.1% Adults and 58.9% seniors.

Once the sample was calculated, the registration forms were filled with the necessary data for this investigation; later they were ordered to a registry matrix, which will be used for the production of tables and graphs

The results of the present investigation show that the disease that prevailed in patients treated in the chair of Special Dentistry of the UCSM Dental Clinic in 2016 was Arterial Hypertension in both the adult group (36%) and in the genus Female (32.9%), with regard to Needs of Treatment, in the adult age group predominated the tartar removal (55.9%), in the Older Adults the total prosthesis (44%). If we talk about gender, the tartar removal predominated in both female and male: 37.1% and 35.9% respectively

Key words: Special patients, Disability, Adults, Illness, Health, Dental treatments.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes especiales son aquellos niños, jóvenes o adultos que presenten algún signo o síntomas que lo alejan de la normalidad, que puede encontrarse médicamente comprometido, o con algún tipo de discapacidad física, psíquica, sensorial o problemas del comportamiento.

Toda persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras del entorno, pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena en la sociedad. Éstos pacientes son considerados también pacientes especiales.

Por otro lado, la prevalencia de enfermedades bucodentales en nuestra sociedad, si bien es cierto se sabe que es alta en caries como en enfermedad periodontal; esta situación se agrava tratándose de pacientes especiales y pacientes discapacitados, ya que su destreza en algunos casos, para realizar la higiene y cuidados dentales es mínima o nula. Además en pacientes médicamente comprometidos con ningún tipo de discapacidad física, muchas veces los signos propios de su enfermedad llevan a una situación insatisfactoria para la salud bucal.

Dichas situaciones implica que la salud bucodental del grupo de pacientes anteriormente mencionados sea preocupante, lo que obliga al odontólogo a potenciar sus conocimientos sobre las enfermedades y el manejo odontológico para cada una de ellas.

Es precisamente con tal objeto que la tesis se organiza en 3 capítulos:

En el capítulo I se desarrolla el planteamiento teórico, en el cual se abordan el problema, los objetivos, el marco teórico y la hipótesis.

En el capítulo II comprende el planteamiento operacional que engloba las técnicas, instrumentos y materiales así como el campo de verificación, las estrategias de recolección y las estrategias para manejar los resultados.

En el capítulo III se muestran los resultados propios de la investigación, expresados en las tablas, interpretaciones y graficas realizadas en concordancia con los objetivos y la hipótesis de la presente investigación; así mismo se muestra la discusión, conclusiones y recomendaciones.

Finalmente se presenta la bibliografía, hemerografía, webgrafía y los anexos correspondientes.





CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo se desarrolla con el interés de estudiar más a fondo a ésta población, muchas veces olvidada; ya que las personas con necesidades especiales tienen una serie de problemas bucodentales que el profesional de la salud bucal puede y debería resolver en base a sus conocimientos.

El propósito de ésta investigación es conocer, tanto la prevalencia de las diferentes enfermedades como las necesidades odontológicas de pacientes especiales; para lo cual se optó por estudiar a pacientes atendidos en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica de la UCSM, a la cual acuden personas con distintas discapacidades, enfermedades y/o síndromes.

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“Prevalencia de las enfermedades y necesidades de tratamiento, según grupo etario y género en pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica de la UCSM, Arequipa 2016. ”

1.3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Área del conocimiento

- **Área General:** Ciencias de la Salud
- **Área Específica:** Odontología
- **Especialidad:** Odontología Especial
- **Línea o Tópico:** Enfermedades y Tratamientos Odontológicos

1.3.2. Análisis de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Enfermedades de pacientes tratados	Hipertensión Arterial	- Presente - Ausente
	Diabetes	
	Paciente Geriátrico	
	Ceguera	
	Artritis Reumatoide	
	Sordera	
	Cáncer de mama	
	Gastritis	
	Epilepsia	
	Esquizofrenia	
	Minusvalía	
	Alzheimer	
	Asma	
	Síndrome de Sjogren	
	Retraso Mental	
	Síndrome de Guillain-Barré	
Virus Papiloma Humano		
Tratamientos	Exodoncia	- Si - No
	Regularización de reborde	
	Destartaje	
	Alargamiento de corona	
	Restauración con Resina	
	Endodoncia	
	Incrustación	
	Perno	
	Corona	
	Puente	
	Prótesis Total	
	Prótesis total superior	
	PPR superior e inferior	
	PPR superior	
PPR inferior		

1.3.3. Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio documental porque se trata de un análisis, donde sus unidades de estudio son Historias Clínicas.

1.3.4. Nivel de investigación

La presente investigación, reúne por su nivel las características de un estudio descriptivo.

1.3.5. Interrogantes básicas

- a) ¿Cuál es la prevalencia de las enfermedades según edad y género en los pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica UCSM, Arequipa 2016?
- b) ¿Cuáles son las áreas de tratamiento realizadas con más frecuencia según edad y género en pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica UCSM, Arequipa 2016?
- c) ¿Cuál es la cantidad de tratamientos específicos realizados en cada Área odontológica a los pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial según grupo etario y género de la Clínica Odontológica UCSM, Arequipa 2016?
- d) ¿Cuál es la frecuencia de los tratamientos odontológicos realizados en las enfermedades más prevalentes de pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica UCSM, Arequipa 2016?

1.3.6. Taxonomía

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el número de mediciones de la variable	Por el número de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Retrospectivo	Transversal	Descriptivo	Documental	Descriptivo Retrospectivo	Descriptivo

1.4. JUSTIFICACIÓN

a) *Importancia científica*

Es importante realizar ésta investigación, ya que aporta datos únicos y relevantes con los cuales se podría implementar primeros auxilios de acuerdo a la casuística de enfermedades.

b) *Originalidad*

Esta investigación es original, ya que no se han reportado estudios enfocados en los pacientes especiales específicamente de la Clínica Odontológica UCSM.

c) *Utilidad:*

Ayuda a que docentes y tratantes de la Clínica Odontológica UCSM tengan conocimiento de la prevalencia tanto de enfermedades como la frecuencia de tratamientos que se llevaron a cabo en el semestre par del año 2016, quedando como antecedente para su posterior preparación sobre las casuísticas más frecuentes.

d) *Viabilidad*

Este estudio es viable, ya que se cuenta con todos los recursos necesarios para poder llevar a cabo la investigación.

e) *Interés personal*

El interés personal de llevar a cabo la presente investigación es para cumplir con los requisitos académicos y así poder optar el título profesional de Cirujano Dentista.

De igual manera existe un interés por estudiar y conocer las necesidades odontológicas de ésta población, los pacientes especiales.

2. OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de las enfermedades según grupo etario y género en los pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica UCSM, Arequipa 2016.
- Establecer una jerarquía de área de tratamientos realizados en pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial según grupo etario y género de la Clínica Odontológica UCSM, Arequipa 2016.
- Conocer el número de tratamientos específicos realizados en cada Área Odontológica a los pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica UCSM, Arequipa 2016.
- Determinar la frecuencia de tratamientos odontológicos realizados en las enfermedades más prevalentes de pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica UCSM, Arequipa 2016.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. HISTORIA CLÍNICA

3.1.1. Aspectos Generales

La Historia Clínica (H.C.) es un documento el cual tiene un gran valor médico, legal, gerencial y académico, su manejo y administración deben ser correctos ya que contribuyen de manera directa a optimizar la calidad de atención del paciente, a proteger los intereses legales del mismo, tanto como el del profesional de la salud y establecimientos; así mismo provee información con finalidad docente y/o académica.¹

¹ <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/Norma%20HC%20V02.pdf>

Es fundamental en Odontología el uso de una buena historia clínica, puesto que influye para decidir si el tratamiento estará orientado hacia la prevención o la curación²; por el contrario, si no estuviera en manos del Odontólogo solucionar el problema, se tendrá que recurrir a derivar al paciente y una vez descartadas los posibles riesgos, se tratará al paciente con plena seguridad.

Es necesario ser cuidadoso y cauto en el desarrollo de la Historia Clínica de los pacientes especiales, en este caso, pues de los datos reunidos en ella depende la certeza del diagnóstico, tratamiento y evolución del paciente.

El orden Cronológico de los sucesos o antecedentes es importante, el relato debe ser claro, legible, preciso, y fidedigno con lo explicado por el paciente³

Las partes de la H.C. son:

- **Anamnesis:** Para ello la conexión odontólogo-paciente juega un rol preponderante, pues se debe lograr entrar en un ambiente apropiado y de confianza con el paciente para que nos relate todos los detalles necesarios y precisos para el llenado de la historia clínica; la anamnesis contiene los datos de Filiación, el motivo de la consulta, historia de la enfermedad actual, los antecedentes personales y familiares, revisión sistémica, hábitos, tipo de vivienda, sumario e impresiones, y algunos otros datos que se consideren de vital importancia por el Odontólogo.
- **Examen Físico:** El cual se divide en Examen físico general y regional o bucal, los cuales deben ser detallados correctamente.

² <http://www.cop.org.pe/historia-clinica>

³ <http://www.cop.org.pe/historia-clinica>

- **Exámenes Auxiliares:** Los cuales ayudan a descartar y confirmar posibles patologías, las principales usadas en Odontología son las Radiografías.
- **Diagnóstico:** Una vez reunido todos los datos y acontecimientos necesarios se podrá concluir en un Diagnóstico presuntivo y posteriormente el final o definitivo.
- **Pronóstico del paciente.**
- **Plan de tratamiento:** es donde se detallan el o los procedimientos convenientes que se le van a realizar al paciente.
- **Epicrisis y alta:** Con fecha y firma tanto del paciente como del Odontólogo.

Es no menos importante el Uso del Consentimiento informado en Odontología, del cual se hablará posteriormente.

En la presente investigación se hará énfasis en tres puntos de la H.C. que se consideran importantes para la elaboración de ésta y para el posterior tratamiento del paciente, en éste caso especial o con alguna enfermedad sistémica.

3.1.2. Motivo de la Consulta

Es la primera pregunta incluida en la Anamnesis, y básica pues de la respuesta recibida por el paciente, orientará automáticamente las preguntas posteriores.

El principal motivo por el que acude el paciente al Odontólogo suele ser el dolor, que frecuentemente es de origen dental; pero también puede ser por un trastorno funcional, alteraciones diversas de tejidos blandos o duros, o simplemente por un control de rutina o una revisión.

Referente al dolor de origen dentario, principal motivo de la consulta, depende de la idiosincrasia de cada individuo; el dolor puede ser desde leve como una sensibilidad térmica, hasta un dolor agudo y pulsátil que no sede.⁴

3.1.3. Antecedentes Personales y Familiares

Los antecedentes personales y familiares son parte fundamental de la Historia Clínica, ya que evitan al profesional algunas situaciones de emergencia en la consulta dental, preservan la vida del paciente, contribuyen a mantener el control del médico sobre los padecimientos y tratamientos del paciente; éstos son aspectos con los cuales está relacionado directamente el Odontólogo, y que permiten, además proveer atención odontológica de calidad.⁵

Entre los antecedentes personales que son de interés sanitario, se encuentran los antecedentes patológicos, que hacen referencia a las enfermedades padecidas por el paciente, parto, vida post-natal, escolar y posteriores, alergias; y los antecedentes no patológicos, donde se detallan los hábitos, condiciones de vida y alimenticias, etc.

Los antecedentes familiares orientan a saber la historia médica familiar, se considera edad, estado de salud de padres, hermanos, pareja e hijos, registrando la muerte, en caso se hubiese producido. Deben tenerse en cuenta enfermedades relevantes como Hipertensión arterial, Diabetes, cardiopatías, anemias, cáncer, etc., las cuales pueden tener componentes familiares.⁶

⁴ CHIMENOS Eduardo. La Historia Clínica en Odontología. Pág. 71

⁵ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, Pág. 2

⁶ CHIMENOS Eduardo. Óp. Cit. Pág. 75

3.1.4. Consentimiento Informado

En Odontología, tanto como en otras áreas de la salud, en la actualidad es evidente que la sociedad no solo tiene una alta concepción estética, sino que exigen la reparación del daño en el ámbito jurídico, por mala praxis, negligencia o cualquier otro motivo de carácter legal.

Hoy en día, la práctica Odontológica exige el uso del consentimiento informado, para la protección tanto de paciente como del Odontólogo. Éste mismo detalla los tratamientos a realizar al paciente, si el tratamiento será o no quirúrgico, además se incluye los posibles riesgos; y el pronóstico final. Todo ello registrado y aceptado por el paciente mediante su firma o huella digital, indicando la fecha.

Tal como se detalla en el Artículo 40° del *Código de Ética y Deontología* 2016:

“El Cirujano Dentista está obligado a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud, sin exagerar las probabilidades de éxito. Asimismo, debe informar respecto de los riesgos y posibles complicaciones, secuelas o reacciones adversas de los mismos. Para realizar cualquier procedimiento o tratamiento, el Cirujano Dentista está obligado a obtener por escrito el consentimiento informado del paciente, del familiar o tutor responsable en caso no estuviera capacitado para autorizar un acto odontológico. La medida disciplinaria correspondiente a la infracción de esta norma se sanciona desde amonestación hasta suspensión no mayor de seis (6) meses”⁷

⁷ <http://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2016/08/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOGIA-2016-1.pdf>

3.2. SALUD

3.2.1. Concepto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como: "un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad"

3.2.2. Salud Bucodental

La OMS define la salud bucodental como la "ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial".⁸

Según una revisión de la OMS en el año 2012, los datos estadísticos dieron los siguientes resultados: los escolares de todo el mundo tienen caries (60% y 90%), mientras que en adultos casi el 100%; la enfermedad periodontal grave afecta a un 15%-20% de adultos entre 35 a 44 años quienes pueden perder piezas dentales; y la pérdida de dientes en adultos mayores entre 65 y 74 años es el 30% aproximadamente.

La tendencia a las dolencias bucodentales tanto en niños como en adultos, se presentan en los grupos menos favorecidos y de bajo nivel económico. Son factores de alto riesgo la alimentación inadecuada, el tabaquismo, alcoholismo, falta o mala higiene bucodental, entre otros determinantes.⁹

⁸ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

⁹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

3.3. ENFERMEDAD

La salud y la enfermedad forman un continuo, con diversos niveles de bienestar y gravedad. No existe un concepto clásico de enfermedad, pero se entiende que es la ausencia de lo que se conceptúa como Salud.

Cada enfermedad tiene su forma particular de evolución espontánea. Leavell y Clarck diferencian tres periodos en la Historia natural de la enfermedad: El prepatogénico o de susceptibilidad, el patogénico que tiene dos estadios, el presintomático, donde aún no hay signos de la enfermedad; y el de la enfermedad clínica, donde los signos y síntomas aparecen. El último periodo de la enfermedad es el resultado, que muestra el producto del proceso de enfermedad.¹⁰

3.4. PACIENTES ESPECIALES Y DISCAPACIDAD

El paciente especial o discapacitado es aquel niño, joven o adulto que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, que puede encontrarse médicamente comprometido, o con algún tipo de discapacidad física, psíquica, sensorial o problemas del comportamiento.¹¹

Se considera pacientes especiales a todas aquellas personas que por su condición de salud necesita cuidados diferentes a la gran mayoría de la población, y cuyos requisitos de atención son de diferente complejidad. Se trata de personas con condiciones físicas, médicas, del desarrollo o intelecto que limitan su capacidad para recibir un tratamiento dental de rutina.¹²

Concerniente a Discapacidad, la OMS la define como, un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y

¹⁰ CUENCA Emily. Odontología Preventiva y Comunitaria. Pág. 2

¹¹ <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2013/cmh132n.pdf>

¹² http://www.dental-tribune.com/articles/news/latinamerica/13051_los_pacientes_con_necesidades_especiales.html

las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.¹³

El Consejo Nacional para la Integración de las personas con Discapacidad (CONADIS), define a ésta como: “Persona que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás”.¹⁴

Se estima que a nivel mundial la mayoría de personas con discapacidades o pacientes especiales no recibe la atención ni cuidados odontológicos conforme a sus necesidades, que el profesional necesita de una mejor capacitación y familiarización con estos tipos de pacientes, para que la atención sea de calidad y la más satisfactoria posible.

3.5. PACIENTE GERIÁTRICO

3.5.1. Definición de Envejecimiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el envejecimiento como el “deterioro progresivo y generalizado de las funciones, que produce una pérdida de respuesta

¹³ <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

¹⁴ <https://www.conadisperu.gob.pe/registro-nacional-de-la-persona-con-discapacidad>

adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad”¹⁵

Este es un proceso natural, continuo, universal e irreversible, es el conjunto de alteraciones ocurridas en el organismo de toda persona con el pasar del tiempo y que llevan a la pérdida de algunas funciones y posteriormente a la muerte.

La rapidez en que estos cambios se producen es diferente en los distintos órganos de una misma persona, y son diferentes en cada sujeto.

3.5.2. Características del proceso del envejecimiento

Con la edad se observan cambios en todos los aparatos y sistemas del organismo. Algunos debidos al envejecimiento en sí, otros son el resultado de enfermedades sistémicas y del uso de fármacos. Lo cambios más importantes que se observan en el organismo al envejecer son:

- **Piel:** Muestra los cambios de la edad más que otros tejidos debido a que está expuesta. Se ven arrugas, pigmentación, pérdida de elasticidad y adelgazamiento de la piel.
- **Aparato Cardiovascular:** El cambio arterial más significativo es producido por la arterioesclerosis, que es una alteración inevitable y es peculiar del envejecimiento.¹⁶
- **Sistema Nervioso:** Hay disminución del peso del cerebro, el número de neuronas es menor. La capacidad de aprendizaje es más lenta y disminuye la memoria reciente; sin embargo, se mantiene la de largo plazo.¹⁷

¹⁵ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 352

¹⁶ BATES J.F., ADAMS D., STAFFORD G. D. Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. Pág. 9

¹⁷ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 394

- **Aparato Digestivo:** El esófago se vuelve más vulnerable por el estrechamiento y atrofia de sus paredes, la declinación de las secreciones es gradual, disminución de la producción de saliva.
- **Aparato Locomotor:** Los cartílagos articulares tienen menor elasticidad y resistencia a la fuerza tensil. La masa muscular y la fuerza física disminuyen debido a que el adulto mayor realiza menos ejercicio físico.
- **Aparato respiratorio:** En la vejez existe menor volumen y movilidad de la caja torácica, debido a cambios tales como calcificación de los cartílagos intercostales, pérdida de fuerza de la musculatura torácica, tendencia a cifosis de la columna vertebral.
- **Sistema Endocrino:** Con el paso de los años disminuye la tolerancia a la glucosa debido a menor sensibilidad tisular a la insulina, menor masa magra e incremento en la grasa corporal. La producción de testosterona en los hombres se reduce de manera lenta y gradual a partir de los 50 años; sin embargo, persiste la capacidad de fecundación. En las mujeres, la disminución de hormonas femeninas es más súbita alrededor de la menopausia y genera cambios en el tamaño del útero, glándulas mamarias, adelgazamiento de la piel y tendencia a osteoporosis.
- **Aparato Genitourinario:** Entre los 30 y 90 años se produce una disminución de 5% en el peso del riñón y número de glomérulos funcionales, lo que merma la capacidad de retener sodio y concentrar la orina. Se incrementa el umbral de retención de glucosa, la cual aparece en la orina sin que ello signifique trastorno alguno en el metabolismo de los carbohidratos.

- **Sistema Inmunitario:** La susceptibilidad a las infecciones se incrementa con los años, las de las vías urinarias son cinco veces más comunes en sujetos entre 60 y 70 años. Las neumonías de origen hospitalario son tres veces más frecuentes en adultos mayores y las heridas quirúrgicas se infectan dos veces más que en los jóvenes.
- **Órganos de los sentidos:** Disminuye la agudeza visual, hay un menor tamaño de la pupila, menor transparencia y mayor espesor del cristalino; las cataratas son comunes. La capacidad auditiva se ve disminuida y el individuo suele no distinguir sonidos agudos. Con los años disminuye la capacidad de percibir olores y sabores.¹⁸

No menos importante, la depresión en el adulto mayor (20% de los ancianos) es un dato que el Odontólogo tiene que tener presente para el trato con éste.

3.5.3. Cambios Bucales relacionados a la edad

A causa del proceso natural de envejecimiento, los tejidos de la cavidad bucal se alteran, pueden existir cambios primarios, que son los propios de cada tejido, o los cambios secundarios, que son los que están influenciados por algunas enfermedades sistémicas pero que repercuten en la boca.

Es imprescindible que el clínico tenga la capacidad de reconocer estos cambios para un tratamiento apropiado. Se observan cambios como:

Mucosa bucal:

- Adelgazamiento de las capas celulares del epitelio e incremento en la queratinización de la capa superficial en algunos sitios de la mucosa bucal.

¹⁸ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 394

- Retardo en la cicatrización de heridas.
- El adelgazamiento del epitelio y la hiposalivación propician mayor susceptibilidad a laceraciones.
- Modificaciones vasculares como las varices linguales están presentes en 70% de los pacientes mayores de 65 años.
- Con los años también se modifica la estructura de la mucosa bucal originada por la pérdida de dientes.
- Debido al edentulismo hay una disminución de la dimensión vertical, lo que favorece la aparición de pliegues peribucales e intrabucales, donde se da una mayor concentración de saliva, sobre todo en las comisuras labiales y, como consecuencia, se presenta el desarrollo de erosiones y fisuras denominadas queilitis comisural.¹⁹

Hueso Alveolar:

- El envejecimiento está asociado a una reducción progresiva del volumen óseo. Ello aumenta debido a la falta del uso de dentaduras, que disminuye la dimensión vertical, causando posturas anormales de la mandíbula, hacia arriba y adelante. La pérdida de hueso alveolar es más extensa y ocurre con mayor rapidez en la mandíbula que en el maxilar.²⁰

Musculatura:

- Junto al proceso del envejecimiento, se acompaña la disminución de la masa muscular, esto debido a que las fibras musculares se reducen en número más que en tamaño. Es así que en pacientes edéntulos debido a la disminución de su masa muscular, hay también

¹⁹ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 397

²⁰ Ibíd. Pág. 398

disminución en la fuerza para realizar una masticación óptima, y aunque se les confecciona una prótesis total, éstos pacientes son incapaces de llevar a cabo una función masticatoria adecuada.²¹

Cambios sensoriales:

- Es ya conocido que el sentido del olfato y del gusto cambian junto con el tiempo y usualmente disminuyen con la edad, esto ocasiona que las comidas se tornen insípidas, y ocasione la reducción del apetito.

Glándulas salivales:

- La sensación de boca seca (xerostomía) y disminución del flujo salival (hiposalivación) son comunes en pacientes de edad avanzada.
- La etiología más común de las alteraciones salivales es el uso de fármacos prescritos y no prescritos. Se reporta que 80% de los prescritos pueden provocar con mayor frecuencia hiposalivación.
- La hiposalivación lleva a diversos problemas bucofaríngeos como son disminución en la actividad antimicrobiana y de la lubricación, desarrollo de caries, aumento de gingivitis, riesgo incrementado de candidiasis, dolor, dificultad para la masticación, deglución, gusto, y para la retención de prótesis dentales.²²

Periodonto:

- La recesión gingival y la presencia de bolsas periodontales son comunes en adultos mayores. Sin embargo, estos

²¹ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 398

²² Ibíd. Pág. 399

cambios periodontales no pueden ser atribuibles sólo a la edad avanzada, suele deberse a diversas enfermedades o a traumatismos ocurridos a través del tiempo.

- La enfermedad periodontal tiene repercusión oral y en la salud de los adultos mayores, ya que puede dar origen a halitosis, pérdida de dientes, problemas en la masticación, deglución, alteraciones del gusto, así como malnutrición.²³

Dientes:

- Los cambios dentales más comunes asociados a la edad incluyen: atrición oclusal, recesión, fibrosis pulpar y disminución en la celularidad. Estas alteraciones pueden deberse a un proceso fisiológico normal o por cambios patológicos en respuesta al estrés funcional.
- Con la edad avanzada, el *esmalte* tiende a volverse más frágil y susceptible a fisurarse, agrietarse y por lo tanto a fracturarse.
- En la *dentina* los dos principales cambios asociados a la edad son la formación continua de dentina secundaria, que lleva a una reducción en el tamaño, y esclerosis dentinaria, derivada de la continua producción de dentina peritubular; ambos procesos están asociados con la presencia de caries y desgaste de los dientes.
- Con la edad la *pulpa* se vuelve menos celular y vascular, y más fibrosa; esto conduce a una menor respuesta a las agresiones pulpares y a una disminución en la capacidad de cicatrización.²⁴

²³ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 399

²⁴ Ibíd. Pág. 400

3.5.4. Manejo Odontológico

Aunque el tratamiento de estos pacientes podría ser igual al de un adulto, sin embargo existen una serie de cambios en los tejidos que repercuten en el ámbito físico como mental.

- La rehabilitación bucal en el adulto mayor va a depender de factores como: el estado de salud o enfermedades sistémicas que lo aquejen, estado mental, capacidad de desplazamiento o independencia, capacidad de tomar decisiones; entre otros factores.²⁵
- En ocasiones puede resultar difícil obtener una historia clínica completa, por lo que en ocasiones es necesario corroborar los datos con un familiar o el cuidador.
- Para el tratamiento periodontal en el paciente geriátrico se debe tener en cuenta el retraso en la cicatrización, que en muchas ocasiones depende del estado nutricional, el control de las enfermedades sistémicas y la capacidad de controlar la placa bacteriana. Habrá casos en los que la fase quirúrgica, si se requiriera, deba ser pospuesta.²⁶
- En los pacientes geriátricos se pueden llevar a cabo todos los procedimientos protésicos y de operatoria dental; tener en cuenta que por la enfermedad periodontal están expuestos al desarrollo de caries radicular y lo mejor sería elegir un material restaurador que libere flúor.
- El tratamiento endodóntico puede llevarse a cabo, sabiendo que el o los conductos radiculares disminuyen con la edad, lo que hace más difícil el acceso de las limas.
- La cirugía bucal y maxilofacial puede emplearse como recurso terapéutico en el paciente anciano; sus

²⁵ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 422

²⁶ Ibíd. Pág. 422

indicaciones y contraindicaciones van a derivar de las enfermedades sistémicas que éste presente, de su control y de los fármacos que reciba, la actitud, funcionalidad, independencia física y emocional, entre otros elementos a considerar.²⁷

Muchos profesionales de la salud discriminan a los adultos mayores en la consulta odontológica y cometen errores que se deben tener en cuenta, como dar por entendido o asumir que los pacientes geriátricos tienen esperanza de vida corta y se limitan a realizar ciertos tratamientos bucales. Tampoco se debe proponer un plan de tratamiento largo o sofisticado, ya que para pacientes débiles o que tienen alguna discapacidad será un inconveniente el traslado a la consulta.

3.6. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

3.6.1. Definición y Epidemiología

Se considera hipertensión arterial al aumento sostenido de la presión arterial por encima de 140 mmHg en la presión sistólica y superior a 90 mmHg de la presión diastólica.²⁸ Es la enfermedad sistémica más común en adultos, y uno de los principales motivos de consulta médica.

La prevalencia de la HTA aumenta con la edad y se observa en más del 50% de personas mayores de 60 años, y se incrementa al 75% en mayores de 70 años de edad.²⁹

3.6.2. Cuadro Clínico

Inicialmente la HTA es sigilosa. La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma, la OMS la llama

²⁷ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 423

²⁸ Ibíd. Pág. 54

²⁹ Ibíd. Pág. 54

el "asesino silencioso". Solamente se puede diagnosticar mediante la lectura de la presión arterial (PA).

La sintomatología que pocas veces suele causar se trata de: cefalea occipital, náuseas o vómitos, pérdida de conciencia y alteraciones cardiorrespiratorias.³⁰

3.6.3. Manifestaciones Bucales

En pacientes que emplean drogas antihipertensivas, como el Nifedipino, causan diversas alteraciones, la más común es la *Hiperplasia gingival* y la *hiposalivación* que puede ser leve o producir xerostomía lo que aumenta la presencia de caries y enfermedad Periodontal; en hiposalivación puede haber problemas para la adaptación y sellado de prótesis removibles y totales, generándose lesiones en la mucosa bucal, ya que la saliva favorece la adherencia entre la superficie mucosa y la prótesis; entre otras y en menor cantidad, *úlceras aftosas*, *eritema*, *alteraciones del gusto*.³¹

3.6.4. Manejo Odontológico

Siendo la HTA una de las enfermedades más frecuentes y riesgosas, es importante que el Odontólogo y su equipo estén preparados para diagnosticarla.

- Debe tomarse la PA en la primera y cada consulta, si el paciente se detecta como hipertenso.
- Todo paciente no diagnosticado como hipertenso, pero que tenga cifras de PA mayores a 140/90 mmHg, así como los pre hipertensos, personas con disnea o con dificultad para subir escaleras, deben derivarse al médico para que les brinde medidas preventivas.

³⁰ DONADO Manuel, MARTINEZ José. Cirugía Bucal. Patología y técnica. Pág. 174

³¹ ROSADO Larry. PERIODONCIA. Pág. 72

- En casos de valores de PA altas, está contraindicado el tratamiento, pero si es una emergencia deberá llevarse a cabo en un hospital, junto al equipo médico y especialistas.
- El estrés generado por la consulta y tratamientos odontológicos puede repercutir sobre la PA, así que deberá crearse un ambiente relajado, o prescribir un ansiolítico.
- Se recomienda atender a estos pacientes por la tarde, ya que científicamente se demostró que las lecturas de PA matutinas son más altas.
- Deberá optimizarse el tiempo de trabajo en la consulta, para evitar cansar al paciente; si el procedimiento es quirúrgico, considerar el tiempo de sagrado prolongado.
- En pacientes embarazadas, se debe poner especial atención en la PA, pues es una característica de la preclamsia, y por ende pone en riesgo la vida de la madre y del feto.³²

3.7. DIABETES MELLITUS

3.7.1. Definición

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica de salud pública, que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.³³

³² CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 61.

³³ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Se distinguen dos tipos de Diabetes:

La Diabetes de tipo 1: también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia, se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona.

La Diabetes de tipo 2: también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

3.7.2. Cuadro Clínico

Los Síntomas de la Diabetes son:

- Polidipsia (sed)
- Poliuria (excreción excesiva de orina)
- Polifagia (hambre constante)
- Pérdida de peso³⁴
- Trastornos Visuales
- Cansancio

Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

3.7.3. Manifestaciones Bucales

No se encuentran signos bucales exclusivas de la DM, no obstante, en personas con un mal control glucémico de largo plazo pueden existir daños en los tejidos bucales.

³⁴ CANEDO Mayo. CIRUGIA BUCAL. Pág. 24

- El aliento cetónico es un signo que ha sido asociado a pacientes diabéticos
- Existe retraso en la reparación de los tejidos.
- Se ha reportado un incremento en la actividad fibrinolítica en la DM, que puede romper el coágulo después de algún tratamiento quirúrgico; sin embargo esto es relativo.
- En pacientes con DM hay tendencia a las infecciones, siendo la complicación más destacada, pues expone al paciente a desarrollar infecciones bacterianas, virales y/o micóticas en boca (la más destacada *Cándida albicans*)
- En general muchos pacientes con DM de largo plazo y mal control glucémico suelen portar prótesis totales o parciales mucosoportadas, por lo que podría observarse estomatitis por prótesis; suele haber sensación de ardor.
- La deshidratación en el paciente con DM no controlada produce xerostomía e hiposalivación, que afecta a la mucosa bucal y la causa erosiones.
- La falta de saliva altera también la sensación del gusto.³⁵

3.7.4. Manejo Odontológico

Ante la presencia de un paciente con DM, es importante:

- Interconsulta en la primera visita, para conocer el tipo de DM, evolución, tratamiento, control y complicaciones.
- Estudios complementarios, si se sospecha de DM: solicitar glucosa en ayunas y 2 horas postprandial; en un paciente ya diagnosticado: hemoglobina glicosilada; si van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos o con infecciones: realizar una prueba de glucosa rápida.

³⁵ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 211

- Citar a los pacientes por la mañana para evitar la reacción de hipoglucemia generada por algunos medicamentos y la insulina; estar preparado con glucosa o con azúcar y administrarla si hubiera manifestaciones de hipoglucemia.
- Tomar la presión arterial y pulso en cada cita.
- Ante situaciones de urgencia, como infecciones o traumatismos manejarlo en un entorno hospitalario.
- Después de procedimientos quirúrgicos, indicar al paciente que se alimente.
- Estricto control de placa bacteriana, procurar evitar el desarrollo de gingivitis o periodontitis y si ya las presenta, tratarlas de manera adecuada.
- Si el paciente está controlado pueden llevarse a cabo todo tipo de procedimientos dentales y quirúrgicos.
- Evitar interacciones medicamentosas.
- Puede emplearse cualquier tipo de anestésico local con vasoconstrictor adrenérgico.³⁶

3.8. CEGUERA

3.8.1. Definición

Se define en términos de agudeza visual. Se considera legalmente ciega a aquella persona cuya actividad central no sobrepasa un 10% en el mejor ojo utilizando la mejor corrección mediante lentes, o aquella persona cuya agudeza visual es superior al 10% pero se acompaña de una limitación en la visión de campo de tal manera que el diámetro más ancho del campo visual no excede un ángulo de 20 grados.³⁷

³⁶ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 213

³⁷ <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25946/1/120421.pdf>

3.8.2. Etiología

Según la OMS, la distribución mundial de las principales causas de ésta discapacidad son las siguientes:

- Errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos: 43%;
- Cataratas no operadas: 33%;
- Glaucoma: 2%³⁸

Según el INEI En el Perú los problemas visuales constituyen la segunda causa de discapacidad a nivel nacional, involucrando a cerca de 300,000 personas con discapacidad visual severa, en adición a 160,000 ciegos por otras causas.³⁹

3.8.3. Manejo Odontológico

En muchos de los procesos que acompañan a la ceguera coexisten alteraciones en el desarrollo de los dientes, por lo que podemos encontrar lesiones hipoplásicas del esmalte. En la dentición permanente existen alteraciones bucales con la misma frecuencia que en la población en general.⁴⁰

Se pueden considerar estos procedimientos para el trabajo con este tipo de pacientes:

- La comunicación con estas personas es esencialmente verbal, tienen el sentido del tacto muy desarrollado. Se les ha de explicar todo lo que se hace.
- Hay que dejar que toquen los instrumentos que se usarán.
- Tener cuidado con los sonidos alarmantes.

³⁸ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

³⁹ https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf

⁴⁰ http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000300006

- Una vez sentados en el sillón dental se debe repositonarlos previo aviso.
- Hay que tener más cuidado con estas precauciones sobre todo cuando se trata de niños; éstos tienen el sentido del gusto muy agudo, rechazan sabores fuertes.⁴¹

3.9. PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN O SORDERA

3.9.1. Definición

Se dice que alguien sufre pérdida de audición cuando no es capaz de oír tan bien como una persona cuyo sentido del oído es normal, es decir, cuyo umbral de audición en ambos oídos es igual o superior a 25 dB. La pérdida de audición puede ser leve, moderada, grave o profunda. Afecta a uno o ambos oídos y suelen padecer una pérdida de audición profunda.⁴²

3.9.2. Etiología

Los motivos por el cual una persona pierde la audición o de por sí, es sorda se pueden dividir en congénitas y adquiridas:

- **Causas congénitas:** Pueden darse en el momento del nacimiento o poco después. La pérdida de audición puede deberse a factores hereditarios y no hereditarios, son:
 - Rubéola materna, sífilis o infecciones durante el embarazo.
 - Bajo peso al nacer.
 - Asfixia del parto (falta de oxígeno en el momento del parto).
 - Ictericia grave durante el período neonatal, que puede lesionar el nervio auditivo del recién nacido.⁴³

⁴¹ <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25946/1/120421.pdf>

⁴² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>

⁴³ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>

• **Causas adquiridas:** Pueden ocasionar la pérdida de la audición a cualquier edad, y éstas son:

- Algunas enfermedades infecciosas, como la meningitis, el sarampión y la parotiditis.
- La infección crónica del oído.
- La presencia de líquido en el oído (otitis media).
- Los traumatismos craneoencefálicos o de los oídos.
- La exposición al ruido excesivo o a sonidos muy elevados durante actividades recreativas.
- El envejecimiento, en concreto la degeneración de las células sensoriales.
- La obstrucción del conducto auditivo producida por cerumen o cuerpos extraños.
- En los niños, la otitis media crónica.⁴⁴

3.9.3. Manejo Odontológico

- El bruxismo se encuentra con mayor frecuencia en la población sorda, la razón es desconocida aunque se cree que se debe a un mecanismo de autoestimulación.
- Dependen fundamentalmente de la visión para relacionarse con el ambiente. Las sonrisas y los gestos de simpatía reducen la ansiedad.
- Si el paciente usa un aparato amplificador hay que tener mucho cuidado con los ruidos.
- Puede ser una buena ventaja bajar su volumen mientras trabajamos, aunque el paciente debe decidir.⁴⁵

⁴⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>

⁴⁵ <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25974/1/120440.pdf>

3.10. MINUSVALÍA

3.10.1. Definición

Se entiende por minusvalía toda situación desventajosa para un individuo determinado, producto de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales.⁴⁶

3.10.2. Manejo Odontológico

El paciente minusválido tendrá el mismo trato que los demás pacientes, ya que presentan similares necesidades odontológicas que el resto de la población, sin embargo se debe prestar mayor atención a la infraestructura del consultorio, centro odontológico, clínica dental, u otros establecimientos que no impida su libre desplazamiento.

Tal y como se estipula en el Artículo 44° de la Ley N° 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad:

“Toda infraestructura de uso comunitario, público y privado, que se construya con posterioridad a la promulgación de la presente Ley, deberá estar dotada de acceso, ambientes o corredor es de circulación e instalaciones adecuadas para personas con discapacidad”.⁴⁷

3.11. GASTRITIS

3.11.1. Definición

La Gastritis es en la manifestación de trastornos inflamatorios que ocurren en la mucosa de recubrimiento del estómago e

⁴⁶ <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-minusvalia-discapacidad-e-incapacidad-una-S1138359310002182>

⁴⁷ http://www.minedu.gob.pe/files/266_201109141525.pdf

intestino. Suelen ser muy frecuentes en pacientes odontológicos. Más del 14% de éstos suelen referir problemas de gastritis. Ésta enfermedad se incrementa con la edad, pero cada vez es observada con mayor frecuencia en niños y jóvenes, por el consumo de alimentos chatarra, el empleo de AINE y fármacos diversos.⁴⁸

3.11.2. Cuadro Clínico

Casi un 40% cursan sin sintomatología. Cuando éstas se presentan se caracterizan por dolor epigástrico que se irradia a tórax, espalda o abdomen. El dolor puede ser continuo, ardoroso, a veces nocturno, descrito por algunos como hambre dolorosa. Puede acompañarse de náuseas, vómito, sensación de plenitud.⁴⁹

El dolor suele incrementar con la ingesta de alimentos.

3.11.3. Manejo Odontológico

- Personas con gastritis deben evitar el estrés; la consulta dental no debe incrementar la producción de ácidos gástricos, por lo que deben ser citas cortas y efectivas.
- Evitar la administración de AINE y esteroides. En todos los casos deben evitarse las interacciones medicamentosas
- Dado que la hiposalivación es una reacción secundaria común de los fármacos empleados contra gastritis, debe ponerse especial cuidado en portadores de prótesis removibles parciales o totales, ya que la falta de saliva puede producir molestia al usarlas y además, hará que no se adhieran en forma adecuada.⁵⁰

⁴⁸ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 312

⁴⁹ Ibíd. Pág. 312

⁵⁰ Ibíd. Pág. 313

3.12. ASMA

3.12.1. Definición

El asma es una enfermedad crónica caracterizada por inflamación especial de vías respiratorias que ocasiona estrechamiento de las vías respiratorias, disminución del flujo de aire que entra y sale de los pulmones con la consecuente aparición de sibilancias y disnea sintomática. Se puede presentar a cualquier edad, aunque la frecuencia máxima es a los tres años de edad.⁵¹

3.12.2. Etiología

La causa principal que origina el asma no se conoce con precisión, pero si se sabe que existe relación entre los factores de riesgo y los elementos que la desencadenan.

Los factores de riesgo para desarrollar asma son una combinación de predisposición genética con la exposición ambiental a sustancias inhaladas y partículas que pueden provocar reacciones alérgicas o irritar las vías respiratorias, tales como alérgenos de interior que incluye a los ácaros, alérgenos de la contaminación y la caspa de las mascotas. Otros factores desencadenantes pueden incluir el aire frío, la excitación emocional extrema, y el ejercicio físico; incluso ciertos fármacos como ácido acetil salicílico y AINES.⁵²

3.12.3. Manifestaciones clínicas

Los síntomas característicos del asma varían en gravedad y frecuencia de una persona a otra, éstos son:

- Disnea inspiratoria, sibilancias.

⁵¹ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 304

⁵² Ibíd. Pág. 304

- Tos poco productiva que genera moco espeso.
- En algunos individuos se agravan durante la actividad física o por la noche.
- En casos graves se acompaña de taquicardia, sudoración y cianosis.⁵³

3.12.4. Manejo Odontológico

- En la historia clínica es importante conocer los factores desencadenantes, así como la gravedad y frecuencia y el tratamiento farmacológico que se reciba.
- En el caso de atención a individuos con asma moderada o grave se recomienda la inhalación del broncodilatador de manera profiláctica.
- Durante un ataque asmático agudo se debe suspender el tratamiento dental, retirar todos los dispositivos intraorales, colocar al paciente en una posición cómoda, asegurarse de que la vía aérea esté abierta y administrar oxígeno.
- De no observarse pronta mejoría, administrar epinefrina por vía subcutánea o intramuscular, además, la asistencia de alerta médica de emergencia deberá activarse.⁵⁴

3.13. EPILEPSIA

3.13.1. Definición

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y que

⁵³ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 305

⁵⁴ Ibíd. Pág. 305-306

a veces se acompañan de pérdida de la conciencia y del control de los esfínteres.⁵⁵

El hecho de que en una persona haya una sola convulsión no significa que tenga epilepsia, pues según la OMS, 10% de la población mundial sufre una convulsión a lo largo de su vida. Se define epilepsia a dos o más convulsiones no provocadas.

3.13.2. Cuadro Clínico

Es importante considerar el principio fundamental de que existen dos tipos de convulsiones: parciales (focales) y generalizadas. Las primeras son aquellas en que la actividad convulsiva se circunscribe a zonas delimitadas de la corteza cerebral, por lo general aparecen en caso de anormalidades estructurales del encéfalo. Las del segundo tipo abarcan en forma simultánea regiones difusas del encéfalo. Los síntomas clínicos son variados y dependen del lugar donde se inicien las descargas en el cerebro. Las convulsiones epilépticas varían mucho en frecuencia y van desde varias en un día a una en pocos meses.⁵⁶

3.13.3. Manifestaciones Bucales

Las manifestaciones bucales que se presentan en los pacientes con epilepsia son resultado de efectos secundarios del consumo de fármacos.

- El crecimiento del tejido gingival generalizado (hiperplasia gingival), secundario a la toma de fenitoína, es una manifestación común en cerca del 40 a 50% de los pacientes que lo toman por más de tres meses.

⁵⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>

⁵⁶ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 366

- Además, los pacientes pueden presentar atrición dental marcada y fracturas coronales de los órganos dentarios producto del apretamiento y traumatismos durante las crisis convulsivas.⁵⁷

3.13.4. Manejo Odontológico

- Se debe realizar una historia clínica detallada, en la que se haga énfasis en aspectos como inicio, frecuencia, duración, etiología, manejo y control médico de las crisis convulsivas.
- Los tratamientos electivos sólo deben aplicarse en pacientes controlados en forma médica y farmacológica.
- Siempre debe hacerse acompañar al paciente por un familiar involucrado en su problema médico.
- Las citas deben ser cortas y de preferencia por la mañana.
- Si el procedimiento a realizar implica dolor, debe asegurarse un buen bloqueo anestésico.
- Prever que no exista mobiliario que ponga en riesgo al paciente en caso de presentarse un ataque convulsivo.
- Tener cuidado con el uso de bupivacaína y lidocaína como anestésico local, ya que se ha documentado que en ocasiones inducen crisis convulsivas.
- El uso de fármacos anticonvulsivos conlleva a que puedan presentar diversas alteraciones como: anemia y leucopenia, que conllevan a un retraso en la cicatrización de heridas, hemorragia e infección, cambios mucosos como palidez, ictericia, petequias y hematomas; la presencia de agrandamientos gingivales es común.⁵⁸

⁵⁷ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 369

⁵⁸ Ibíd. Pág. 369

3.14. ALZHEIMER

3.14.1. Definición

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno degenerativo primario del cerebro que aparece en cualquier momento de la vida adulta, aunque por lo general se manifiesta después de los 65 años. Al aumentar la edad, la incidencia se incrementa, por lo que es la etiología más común de demencia en los ancianos.⁵⁹

3.14.2. Cuadro Clínico

- Se caracteriza por un declive progresivo de las funciones cognitivas del paciente. A menudo comienza con pérdida de memoria, deficiencias visuales, espaciales y de lenguaje, seguidas de demencia de evolución lenta
- El cuadro inicial comprende manifestaciones como dificultad para seleccionar vocablos, organizar componentes y otras actividades. Los problemas cognitivos poco a poco interfieren con actividades cotidianas.
- En las etapas intermedias de la enfermedad el individuo no puede trabajar y requiere supervisión diaria para comer, caminar o vestirse. Un 10 % de los pacientes desarrollan el síndrome de Capgras (creer que a su cuidador lo han cambiado por un impostor). La desinhibición y la agresión alternan con etapas de pasividad y retraimiento.
- En la etapa final, los individuos se encuentran rígidos, mudos, incontinentes e inválidos en cama; éstos fallecen por desnutrición, infecciones secundarias, embolias pulmonares o cardiopatías.⁶⁰

⁵⁹ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 370

⁶⁰ Ibíd. Pág. 370

3.14.3. Manejo Odontológico

- El tratamiento dental estará determinado por el avance de este trastorno. Con la evolución de la enfermedad se observa un deterioro de la salud oral del paciente.
- Éstos pacientes se irritan o frustran con facilidad ante situaciones desconocidas. Se deben explicar con claridad los procedimientos a efectuar.
- Se recomienda excluir las prótesis removibles en los pacientes con enfermedad avanzada, ya que se han asociado a accidentes que comprometen la permeabilidad de vías aéreas superiores, y existe la posibilidad de que las pierda con frecuencia.
- De acuerdo a la gravedad de este trastorno, algunas veces será necesario realizar el tratamiento dental bajo anestesia general.⁶¹

3.15. ESQUIZOFRENIA

3.15.1. Definición

La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios. En todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral.⁶²

Según la OMS la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo.

⁶¹ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 371

⁶² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

3.15.2. Cuadro Clínico

- **Alucinaciones:** oír, ver o percibir algo que no existe.
- **Delirios:** ideas persistentes erróneas de las que el paciente está firmemente convencido incluso cuando hay pruebas de lo contrario.
- **Conducta extravagante:** aspecto estrafalario, abandono del aseo personal, discurso desorganizado, vagabundeo, habla balbuceante.⁶³

3.15.3. Manejo Odontológico

Para el manejo Odontológico a un paciente esquizofrénico, se tiene que tener en cuenta lo siguiente:

- Se trata de pacientes con poco interés en el cuidado dental; por lo que hay riesgo a caries y enfermedad periodontal.
- Pueden presentar parafunciones de tipo bruxismo, apretamiento, desarrollar hábitos de automordisqueo o morder objetos extraños, cepillado compulsivo lo que origina atrición, desgastes cervicales marcados con pérdida de la dimensión vertical.
- Los antidepresivos, ansiolíticos y sedantes pueden causar somnolencia o desorientación, lo que dificulta la comunicación y cooperación durante la consulta.
- Dado que son pacientes que no toleran el estrés emocional o físico en forma adecuada, se les debe recomendar acudir a la consulta acompañados por un familiar.
- Se les debe proveer de anestesia eficaz y profunda y si fuera necesario, brindar pre medicación ansiolítica.⁶⁴

⁶³ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

⁶⁴ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 356

3.16. RETRASO MENTAL

3.16.1. Definición

El retraso mental (RM) está definido como una condición, por lo general permanente, originada en algún momento de la vida, y caracterizada por una capacidad intelectual deficiente y por la alteración concomitante de la actividad adaptativa. Su principal característica es el déficit de la función intelectual. Su comportamiento no presenta el nivel de independencia personal y de responsabilidad social esperado a esa edad y en la cultura de esa persona.⁶⁵

3.16.2. Manifestaciones bucales

- Pueden aparecer anomalías en la morfología dentaria.
- Un paladar alto con hipoplasia maxilar
- Mal oclusiones con tendencia a clase II de Angle y mordida abierta.
- Hipoplasia del esmalte
- Retención en la dentición primaria.⁶⁶

*El manejo clínico-odontológico de estos pacientes en general dependerá del nivel de retraso mental y de la patología

3.17. CÁNCER

3.17.1. Definición

Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o

⁶⁵ http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500010

⁶⁶ http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000300006

«neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.⁶⁷

3.17.2. Manifestaciones Bucales

Los efectos de la Quimioterapia se clasifican según el momento de aparición en inmediatos o tardíos.

- Las complicaciones inmediatas suelen aparecer a la semana de tratamiento, éstas son eritema, mucositis, disgeusia, glosodina, infecciones secundarias (candidiasis, herpes), xerostomía, periodontitis y necrosis graves.
- Las de mediano plazo aparecen después del tercer mes de tratamiento y son trismus, caries, disfagia e hipersensibilidad dental.
- Las complicaciones tardías como osteorradionecrosis aparecen meses después de instaurado el tratamiento, otras pueden ser necrosis pulpar, alteraciones radiculares como acortamiento apical, cierre precoz y dilaceración.⁶⁸

3.17.3. Manejo Odontológico

Previo al tratamiento oncológico:

- Se busca identificar las patologías orales existentes para evitar complicaciones, o reducir su gravedad, y así evitar que las infecciones orales puedan ser el punto de partida de infecciones sistémicas letales.

⁶⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

⁶⁸ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 377

- Las caries, infecciones de la pulpa y periapicales deben eliminarse 14-21 días antes de la terapia oncológica.
- La terapia endodóntica debe concluir por lo menos 14 días antes de la iniciación de la terapia oncológica
- Aquellas lesiones periapicales radiolúcidas en dientes tratados endodónticamente deben retratarse, realizar apicectomía o extraerse, ya que en un paciente inmunocomprometido se podría reagudizar el proceso.
- También se debe hacer un profundo destartaje.
- La cirugía periodontal no se aconseja pues el periodonto es el sitio más común de inicio de la infección oral y sistémica.
- Dientes con pronóstico pulpar o periodontal desfavorable (expectativa menor a un año en boca) deben extraerse.
- Los enjuagues que contienen alcohol deben evitarse pues lesionan la mucosa y también agravan la xerostomía.⁶⁹

Durante el tratamiento oncológico:

En esta etapa el odontólogo se limitará a realizar los siguientes procedimientos:

- Control periódico de placa
- Control de la higiene.
- Control radiológico
- Fluorización tópica y enjuagues antisépticos.
- El control periodontal es muy importante ya que es la vía de entrada principal de microorganismos y una posible septicemia.⁷⁰

⁶⁹ http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392011000100004

⁷⁰ http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392011000100004

3.18. VIRUS PAPILOMA HUMANO

3.18.1. Aspectos generales

El virus del papiloma humano (VPH) es un virus DNA pequeño, con más de 120 genotipos diferentes y es causa de infecciones desde asintomáticas y subclínicas hasta tumores benignos y cáncer. Afecta sobre todo piel y mucosas. Cerca de 40 genotipos afectan el área genital. Se considera que 50% de las personas con actividad sexual tendrán una infección por este virus en su vida.⁷¹

3.18.2. Manifestaciones bucales

- **Verrugas vulgares:** En ocasiones afectan la mucosa oral y se presentan como lesiones exofíticas, bien circunscritas, blanquecinas, con frecuencia en encías y paladar.
- **Papiloma escamoso oral:** Se trata de un tumor benigno, casi siempre único y de tamaño variable, se encuentra con frecuencia en la parte ventral de la lengua, el área del frenillo, paladar y superficie de la mucosa de los labios.
- **Condilomas acuminados:** Se parecen a los papilomas, aunque son más grandes y en racimos. Usualmente en mucosa de labios, paladar blando y frenillo lingual.
- **Hiperplasia epitelial focal:** También llamada enfermedad de Heck que se caracteriza por elevaciones nodulares múltiples, sésiles, blandas y circunscritas, de coloración normal, en ocasiones blanquecinas, localizadas en particular en la mucosa de los labios y lengua.
- **Leucoplasia oral:** Se presenta como una mancha o placa blanquecina de bordes bien definidos.

⁷¹ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 119

- **Carcinoma verrucoso:** Se presenta como una tumoración con crecimiento exofítico, bien circunscrito pero muy agresivo en encías y alveólos dentarios.
- **Carcinoma de células escamosas:** Comienzan como una zona roja o blanca, con superficie ulcerada, que no cura. A medida que crece, el tumor puede volverse nodular y duro. Afectan a la zona que los rodea y se extienden (metastatizan) hacia ganglios y pulmones, por lo que pueden ser mortales.⁷²

3.18.3. Manejo Odontológico

- Identificar el estado actual del paciente y definir si la enfermedad está activa, para evaluar riesgo de contagio.
- Un paciente que haya sido tratado en forma adecuada no implica riesgo de contagio.
- En personas con infección activa o sospechosos sólo debe proveerse atención a las condiciones bucodentales de urgencia, de preferencia a través del uso de fármacos.⁷³

3.19. ARTRITIS REUMATOIDE

3.19.1. Definición

La Artritis Reumatoide (AR), es una enfermedad autoinmunitaria que puede involucrar muchos órganos y tejidos, aunque de manera preponderante afecta articulaciones flexibles, diartrodiales (sinoviales). Es un desorden inflamatorio sistémico crónico que se convierte en una invalidez dolorosa.⁷⁴

Su etiología es aún desconocida.

⁷² CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 120

⁷³ Ibíd. Pág. 125

⁷⁴ Ibíd. Pág. 278

3.19.2. Cuadro Clínico

La sintomatología inicial consiste en aumento de volumen y movimiento doloroso. Las diartrosis o articulaciones sinoviales como las metacarpofalángicas, muñecas, interfalángicas proximales, rodillas y cadera son comprometidas con mayor prevalencia. La deformidad articular se presenta más tarde acompañada de una marcada disminución funcional que limita al extremo actividades cotidianas, pudiendo provocar una absoluta invalidez ambulatoria.⁷⁵

Es por tal motivo que suele no ser la higiene bucal la más adecuada, y aumenta la existencia de caries y periodontitis en pacientes con AR.

3.19.3. Manejo Odontológico

- Se deben establecer procedimientos específicos para eliminar focos inflamatorios e infecciosos; gingivitis o periodontitis en cualquiera de sus etapas.⁷⁶
- El grado de limitación motora general influye las decisiones respecto al número y extensión de las citas; a mayor limitación ambulatoria, el número de visitas al consultorio debe reducirse y tiempo de la sesión alargarse, así como considerar momentos de descanso durante la consulta.⁷⁷
- Se tiene que tener en cuenta la prescripción farmacológica, es mejor para ello consultar con su médico. Así como también para los procedimientos quirúrgicos
- En algunos casos puede estar asociada la AR al Síndrome de Sjogren.

⁷⁵ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 279

⁷⁶ Ibíd. Pág. 280

⁷⁷ Ibíd. Pág. 280

3.20. SINDROME DE SJOGREN

3.20.1. Definición

Es una enfermedad autoinmunitaria crónica que se caracteriza por resequedad oral y ocular al disminuir o desaparecer la secreción salival y lagrimal. Disfunción que ocurre por la destrucción parcial o total de los acinos, debido a una infiltración linfocítica y aparición de autoanticuerpos.⁷⁸

3.20.2. Cuadro Clínico

Un paciente con Síndrome de Sjogren presenta:

- Sensación de resequedad (xerostomía).
- Sensación de arenilla en los ojos, ardor, enrojecimiento.
- Disminución o ausencia salival (hiposalivación).
- Sensación de fatiga ocular y fotosensibilidad.
- Dificultad de formar un bolo alimenticio manejable.
- Dificultad para hablar por lapsos prolongados.
- Puede existir una queratoconjuntivitis seca
- Susceptibilidad incrementada a caries por disminución de procesos remineralizantes.
- Merma en el sellado de dentaduras parciales o totales.⁷⁹

3.20.3. Manifestaciones Bucales

Los signos y síntomas directos e indirectos son:

- Resequedad, abrillantamiento, eritema, ardor, rigidez, erosión y lisura de las mucosas.

⁷⁸ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 294

⁷⁹ Ibíd. Pág. 296

- Agrietamiento y fisuramiento de la mucosa yugal y lingual.
- Hiposalivación: Disminución de la capacidad secretoria bajo estimulación.
- Cambios oclusales por aumento del desgaste interproximal.
- Caries rampante, lesiones en cuello y bordes incisales.
- Estomatitis micóticas, por variedades de *Cándida*.
- Disfagia. Dolor y dificultad al deglutir alimentos.
- Infecciones retrógradas., glándulas salivales mayores.
- Halitosis.⁸⁰

3.20.4. Manejo Odontológico

El rol que desempeña el Odontólogo frente a un paciente con Síndrome de Sjogren es importante, ya que se debe tener en cuenta que éste acudirá a la consulta con una serie de insatisfacciones personales; el hecho de no sentir sabores, tener dificultad en el habla, al deglutir y sentir resequedad, entre otros síntomas molestos, obligan indirectamente al profesional a saber llevar el ámbito emocional del paciente.

Por ello ante un paciente con Síndrome de Sjogren se debe:

- Intentar mantener o incrementar la función secretoria salival.
- Erradicar o disminuir los riesgos de caries, periodontitis y alteraciones de la mucosa.
- Tratar las algias y pirosis estomatológicas, ante alteraciones de la sensación y propiocepción y sentido del gusto o disgeusias.⁸¹

⁸⁰ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 297

⁸¹ Ibíd. Pág. 296

3.21. SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ

3.21.1. Definición

En el síndrome de Guillain-Barré, el sistema inmunitario del organismo ataca parte del sistema nervioso periférico. El síndrome puede afectar a los nervios que controlan los movimientos musculares así como a los que transmiten sensaciones dolorosas, térmicas y táctiles. Esto puede producir debilidad muscular y pérdida de sensibilidad en las piernas o brazos. Se trata de una afección rara. Si bien pueden verse afectadas personas de todas las edades, es más frecuente en adultos y en el sexo masculino.⁸²

3.21.2. Cuadro Clínico

Los síntomas normalmente duran pocas semanas y en la mayoría de casos se recuperan, la ventaja es que los resultados son exentos de complicaciones neurológicas graves a largo plazo.

- Los primeros síntomas consisten en debilidad u hormigueo, que suelen empezar en las piernas y pueden extenderse a los brazos y la cara.
- En algunos casos puede producir parálisis de las piernas, los brazos o los músculos faciales.
- En los casos graves pueden verse afectadas el habla y la deglución y deben tratarse en área de cuidados intensivos.
- Del 3-5% de los pacientes mueren por complicaciones como la parálisis de los músculos respiratorios, septicemia, trombosis pulmonar o paro cardíaco.⁸³

⁸² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/guillain-barre-syndrome/es/>

⁸³ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/guillain-barre-syndrome/es/>

3.21.3. Manejo Odontológico

Los cuidados generales para todo paciente con el Síndrome de Guillain Barré son los que se describen a continuación; no existe un protocolo específico para el manejo en el campo de la odontología de estos pacientes, sin embargo, estos datos pueden ser considerados en la clínica odontológica.

- Cambios posturales y movilización pasiva de las articulaciones.
- Mantener la integridad de la piel y mucosas, evitar úlceras por decúbito.
- Evitar posturas anormales.
- Mantener nutrición e hidratación adecuadas.⁸⁴

3.22. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Para llevar a cabo los distintos tratamientos odontológicos requeridos por los pacientes según sus necesidades, se debe hacer un Plan de tratamiento previo, para que el resultado sea exitoso.

3.22.1. Planificación del tratamiento Odontológico

El plan de tratamiento se debe basar en una actitud más que todo preventiva y de calidad para el paciente, aventajar problemas futuros y evitarlos, para ello se diseñan actividades y procedimientos que solucionen a las enfermedades y condiciones bucales a largo plazo, logrando satisfacción para el paciente y propia. Son 5 las fases para la planificación del tratamiento Odontológico:

84

<http://digepisalud.gob.do/docs/Vigilancia%20Epidemiologica/Gu%C3%ADa%20de%20Atenci%C3%B3n/Protocolo%20De%20Atenci%C3%B3n%20Sindrome%20De%20Guillain%20Barr%C3%A9%202016.pdf>

- **Fase I o Sistémica:** Incluye la serie de medidas de precaución o control que se deben tomar en pacientes con enfermedades sistémicas, como: tomar la presión arterial antes de cada cita, solicitar pruebas de laboratorio previas a algún procedimiento quirúrgico.
- **Fase II o Estomatológica No Dental:** Deben solucionarse las lesiones que requieren atención inmediata, como lesiones que son o se sospechan malignas, infecciones o úlceras que generan dolor o modifican el estilo de vida..
- **Fase III o de Acondicionamiento:** Deben incluirse las estrategias de prevención de las enfermedades bucales que incluyan la erradicación de factores de riesgo de caries, enfermedad periodontal o cáncer bucal, entre otras. Es una etapa previa a la rehabilitación, se realizan: motivación para erradicar factores de riesgo de enfermedades bucales, control de la placa dentobacteriana, profilaxis dental, extracciones indicadas para la rehabilitación, tratamiento de lesiones cariosas, etc.
- **Fase IV o de Rehabilitación:** El paciente debe recuperar todas o la mayor parte de las funciones bucales, incluyendo aspectos biológicos, estéticos, psicológicos o sociales que se hubieran alterado. Algunos de los procedimientos son: tratamiento quirúrgico no dental, tratamiento de ortodoncia, terapia periodontal avanzada y rehabilitación protésica.
- **Fase V o de Seguimiento:** Citas de seguimiento y control que se diseñan teniendo en cuenta las enfermedades sistémicas del paciente, trastornos bucales tratados y en riesgo de recidiva, así como por la actitud del paciente hacia el tratamiento recibido.⁸⁵

⁸⁵ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 598

3.23. CARIOLOGÍA

La operatoria dental o Cariología se ocupa de la reconstrucción de los dientes afectados por enfermedades, traumatismos, defectos congénitos u otros problemas.⁸⁶

3.23.1. Restauraciones con Resina

Cuando un diente ha sufrido pérdida de sustancia en sus tejidos duros se presentan alteraciones de color, forma o tamaño es necesario restaurarlo con materiales y técnicas adecuados.⁸⁷

Se denomina restauración al relleno que se coloca adentro o alrededor de una preparación con el propósito de devolver al diente su función, forma o estética, o para evitar futuras lesiones.⁸⁸ Para realizar la preparación cavitaria, Black dio una clasificación, las cuales son:

- **Clase I:** Las que comienzan y se desarrollan en los defectos de la superficie dentaria. 1) Fosas, hoyos, surcos, o fisuras oclusales de premolares y molares. 2) Cara lingual o palatina de incisivos y caninos. 3) Fosas y surcos bucales o linguales de molares fuera del tercio gingival.
- **Clase II:** En las superficies proximales de premolares y molares.
- **Clase III:** En las superficies proximales de incisivos y caninos que no abarquen el ángulo incisal.
- **Clase IV:** En las superficies proximales de incisivos y caninos que abarquen el ángulo incisal.

⁸⁶ BARRANCOS MOONEY Julio. Operatoria dental. Integración clínica. Pág. 1

⁸⁷ Ibíd. Pág. 529

⁸⁸ Ibíd. Pág. 530

- **Clase V:** En el tercio gingival de todos los dientes.⁸⁹

Hay diversos materiales de restauración, como las amalgamas, composites ionómeros, etc. Las resinas compuestas o composites, son hoy en día los más usados en operatoria dental, el mismo que por ser adhesivo, favorece a que las preparaciones cavitarias se hagan con el mínimo desgaste necesario.

3.23.2. Endodoncia

La endodoncia es la encargada del estudio de la anatomía, fisiología y patología de los tejidos pulpares y perirradiculares, así como el diagnóstico, etiología, prevención y tratamiento de las enfermedades de la pulpa.⁹⁰

Los procedimientos del tratamiento endodóntico deben ser ordenados, y estos son:

- Acceso al conducto Radicular.
- Preparación del conducto radicular.
- Obturación del conducto radicular.
- Medicación intraconducto entre sesiones.⁹¹

3.23.3. Incrustación

Literalmente, una incrustación es un bloque macizo de material que repone parte de una corona dentaria y que se fija a una cavidad preparada con anterioridad. Se debe preparar la pieza dentaria en función al material seleccionado, y la elección de éste en base a las necesidades del paciente.⁹²

⁸⁹ BARRANCOS MOONEY Julio. Óp. Cit. Pág. 531

⁹⁰ CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Óp. Cit. Pág. 513

⁹¹ SOARES Ilson, GOLDBERG Fernando. Endodoncia. Técnica y fundamentos. Pág. 7-11

⁹² BARRANCOS MOONEY Julio. Óp. Cit. Pág. 1139

Existen dos tipos de incrustaciones:

- **Incrustaciones intracoronarias o “Inlay”**: incluyen las caras proximales y oclusal de una pieza dentaria del sector posterior y pueden recubrir una o más cúspides, pero no todas.
- **Incrustaciones extracoronarias u “Onlay”**: incluyen las caras proximales de una pieza dentaria posterior y recubren todas las cúspides de ésta.⁹³

3.24. CIRUGÍA

3.24.1. Exodoncia

La exodoncia es la parte de la cirugía bucal que se ocupa, mediante unas técnicas y un instrumental adecuados, de practicar la avulsión o extracción de un diente o porción de este del lecho óseo que lo alberga.⁹⁴

3.24.2. Regularización de reborde

También llamado “alveoloplastia”, como lo dice Donado M.

Cada vez que se realice una extracción se debe pensar que esta región va a ser asiento posterior de una prótesis; por tanto se procurará lograr una zona lo más armónica posible. En los procesos irregulares, es necesaria la corrección quirúrgica para conseguir unas condiciones aceptables en cuanto a la relación sagital, la estética y la función. Para ello existen múltiples técnicas, las mismas que no son serán mencionadas en la presente investigación.⁹⁵

⁹³ BARRANCOS MOONEY Julio. Óp. Cit. Pág. 1139

⁹⁴ DONADO Manuel, MARTINEZ José. Óp. Cit. Pág. 179

⁹⁵ *Ibíd.* Pág. 433

3.25. PERIODONCIA

La Periodoncia es el tratado del periodonto, disciplina odontológica que estudia los tejidos periodontales sanos y patológicos en lo concerniente a su diagnóstico, prevención y tratamiento.⁹⁶

3.25.1. Destartaje

El destartaje, detartraje o tartrectomía es la instrumentación sistemática de la corona y superficies radiculares de los dientes, destinada a eliminar la placa, cálculos, cemento patológico y manchas extrínsecas. El destartaje involucra las técnicas de raspaje y alisado radicular. La primera elimina habitualmente placa, cálculos supra y subgingivales, y pigmentos exógenos; la segunda remueve cálculos incluidos residuales y fundamentalmente cemento patológico e irregularidades cementarias.⁹⁷

3.25.2. Alargamiento de corona

La llamada técnica de alargamiento de corona es un procedimiento quirúrgico, incluido dentro de la cirugía periodontal a colgajo, consistente en eliminar encía y/o hueso para crear una corona clínica más larga y desplazar en sentido apical el margen gingival. El objetivo de esta cirugía es solucionar el problema de las llamadas coronas clínicas cortas, sin alterar el espacio biológico de inserción. El diagnóstico o evaluación de una corona clínica corta ha de ser un examen clínico minucioso con apoyo de las radiografías necesarias.⁹⁸

⁹⁶ ROSADO LINARES Larry. Óp. Cit. Pág. 0

⁹⁷ Ibíd. Pág. 116

⁹⁸ http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-6585200000300002

3.26. PROSTODONCIA

3.26.1. Perno espigo muñón

Los espigos también llamados de perno-muñón, son elementos que, tienen componente radicular y coronal y reemplazan la estructura coronal perdida y dan retención y resistencia a la corona final. Durante la preparación para el perno, es fundamental preservar el máximo de estructura dental pero aún existe controversia en la asociación entre estructura remanente y resistencia ante las fuerzas.⁹⁹

Están indicados en dientes que se presentan con la corona clínica con cierto grado de destrucción y además necesitan tratamiento con prótesis fija. Las técnicas y los materiales utilizados varían de acuerdo con el grado de destrucción de la porción coronaria.¹⁰⁰

3.26.2. Corona

Una corona cubre completamente la pieza dentaria, se puede entender como una restauración extracoronaria cementada que recubre la superficie externa de la corona clínica. Debe reproducir la morfología y los contornos de las partes dañadas de la corona de un diente, a fin de desempeñar su función. También ha de proteger la estructura remanente.¹⁰¹

La preparación de los dientes pilares consiste en el desgaste o tallado de la pieza dentaria que se va a tratar, para ello se debe seguir principios biomecánicos y estéticos. El cementado se realiza de manera definitiva.

⁹⁹ http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000100005

¹⁰⁰ PEGORARO Luis Fernando. Prótesis Fija. Pág. 87

¹⁰¹ SHILLINGBURG H., HOBO S., WHITSETT L., JACOBI R., BRACKETT S. Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija. Pág. 1

3.26.3. Puente

El puente es un aparato protésico permanente unido a los dientes remanentes, que sustituyen uno o más dientes ausentes.¹⁰²

El diente que sirve como elemento de unión para el puente se denomina pilar, el diente artificial que se sustenta en los dientes pilares es un pónico. El pónico está conectado a los retenedores del puente.¹⁰³

3.26.4. Prótesis Parcial Removible

Según McKracken, una prótesis parcial removible reemplaza dientes en una arcada parcialmente desdentada, y se puede sacar de la boca y volver a colocarse.¹⁰⁴

Éste tipo de prótesis que reemplazan dientes deben brindar todas las características de la dentición natural.¹⁰⁵

Según el sostén que haya en la cavidad bucal, las prótesis se diferenciarán en dentosoportadas, mucosoportadas o, dento y mucosoportadas.

3.26.5. Prótesis Total

Una dentadura completa es una prótesis dental que reemplaza toda la dentición natural y se conecta a las estructuras del maxilar y la mandíbula. Está totalmente soportada por los tejidos (membrana mucosa, tejido conjuntivo y hueso subyacente).¹⁰⁶

¹⁰² SHILLINGBURG H., HOBO S., WHITSETT L., JACOBI R., BRACKETT S. Op. Cit. Pág. 1

¹⁰³ *Ibíd.* Pág.1

¹⁰⁴ McCracken William, McGivney Glen, Carr Alan, Brown David. *Prótesis Parcial Removible.* Pág. 8

¹⁰⁵ *Ibíd.* Pág. 11

¹⁰⁶ *Ibíd.* Pág. 8

3.27. ANÁLISIS DE LOS ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

LOCALES

a) **TÍTULO:** Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú

AUTOR: Revilla Luis, López Tania, Sánchez Sixto, Yasuda Myriam, Sanjinés Giovanna.

RESUMEN: **Objetivos:** Determinar la prevalencia de hipertensión y diabetes en habitantes de los distritos de Lima metropolitana y El Callao en Perú. **Materiales y métodos.** Estudio transversal analítico, realizado durante el mes de septiembre del 2006 en habitantes de 15 años de edad a más, residentes en Lima metropolitana y El Callao. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo por conglomerados en tres etapas. Se utilizaron procedimientos estandarizados para medir peso, talla, perímetro de cintura, presión arterial y niveles de glucosa en sangre. Se realizó análisis univariados, bivariados y procedimientos de regresión logística para estimar los *odds ratio* (OR) y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. **Resultados.** Enrolamos 1 771 sujetos el promedio de edad fue de $39,5 \pm 16,5$ años. El 62% fueron mujeres. El 19,5% (IC 95%: 17,6-21,4) tuvo obesidad, el 15,8% (IC 95%: 14,1-17,6) hipertensión arterial y el 3,9% (IC 95%: 3,0-4,8) tuvo diabetes. La obesidad estuvo asociada con un mayor probabilidad de tener hipertensión arterial (OR 2,15; IC 95%: 1,57-2,94) y diabetes (OR 1,97; IC 95%: 1,02-3,80). **Conclusiones.** Los resultados de este estudio en una muestra representativa de residentes en Lima y Callao mostraron altas prevalencias de hipertensión arterial y obesidad así como una moderada prevalencia para diabetes.

Estos resultados pueden utilizarse como referencia para intervenciones de salud pública y monitorear su impacto

b) TÍTULO: Prevalencia de caries dental y necesidad de tratamiento en pacientes adultos con demanda de atención diagnóstica

AUTOR: Medina Castro José Francisco, Alvarado Menacho Sergio.

RESUMEN: El propósito del presente estudio fue determinar la prevalencia de caries dental y necesidad de tratamiento. Se examinaron 200 individuos de edades comprendidas entre los 20 y 64 años del Centro de Bienestar y Servicio Social de San Isidro en Lima, Perú, dividiéndolos por género y grupos etarios valorando su estado con el índice CPOD y de necesidad de tratamiento. Se obtuvo que el 95,5%, de los individuos fueron afectados por caries. Los resultados obtenidos fueron de un índice CPOD poblacional de 14,05. El promedio de piezas dentales por cada tratamiento requerido para Sellante 14,66% de las piezas; Obturación con una superficie 13,94%; obturación con más de dos superficies 3,47%; coronas 9,02; tratamiento pulpar 0,23%; extracción 1,47%, prótesis parciales removibles con un 3% y prótesis completa 1%. El índice CPOD general fue 14,05, siendo considerado como grave según los parámetros de la OMS. La mayor necesidad de tratamiento fue para la necesidad de sellador en el grupo de 20 a 24 y la menor (cero) para el tratamiento pulpar en los grupos de 45 a 54 y 55 a 64. La mayor necesidad de tratamiento de prótesis removable fue para las prótesis parciales removibles con un 3%.

INTERNACIONALES

c) **TÍTULO:** Determinación del estado de salud bucal en pacientes discapacitados del Área VII en Cienfuegos.

AUTOR: Hernández Ana, Sueiro Irma, Manresa Caridad, Hernández Zenia, Hurtado Dania, Barrio Teresita.

RESUMEN: ***Fundamento:*** La discapacidad constituye una preocupación social, sin embargo, se cuenta con pocos estudios sobre el estado de salud bucal de los pacientes discapacitados. ***Objetivo:*** determinar el estado de salud bucal en pacientes discapacitados del Área VII de la provincia Cienfuegos. ***Métodos:*** se realizó un estudio descriptivo, de serie de casos, del Área VII del municipio de Cienfuegos, en el periodo de enero-diciembre de 2013. Se estudiaron 192 discapacitados que acudieron a consulta estomatológica o fueron visitados en terreno. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, nivel de escolaridad, tipo de discapacidad, clasificación epidemiológica en cuanto al estado de salud bucal, enfermedades sistémicas, factores de riesgo a tener en cuenta para las enfermedades bucales, estado de salud bucal, periodontopatías, maloclusiones, lesiones premalignas, necesidad de prótesis total o parcial y necesidad de tratamiento en Atención Primaria o Secundaria. La información se recogió en historia clínica individual, planilla de clasificación de discapacidad. Los resultados se presentan en número y porcentaje. ***Resultados:*** el género femenino fue el más afectado, y la edad más representativa la de 35-59 años, predominaron las enfermedades crónicas degenerativas, los enfermos en la clasificación epidemiológica según estado de salud bucal, la hipertensión arterial entre las enfermedades sistémicas. Antecedentes de caries fue el factor de riesgo más relevante, resultando la gingivitis crónica edematosa, con

un mayor porcentaje. Conclusiones: se determinó que la salud bucal en el grupo estudiado fue deficiente y existen dificultades por parte del Estomatólogo General Integral para tratar a estos pacientes a pesar de existir programas de atención a discapacitados.

d) TÍTULO: Salud oral en discapacitados

AUTOR: Marulanda Juliana, Betancur Juan, Espinosa Sebastián, Gómez Jorge, Tapias Alejandra.

RESUMEN: La salud oral en pacientes con necesidades especiales ha representado un reto para el profesional de la salud oral a través de la historia, pues las diferentes discapacidades físicas y cognitivas limitan la adecuada remoción de placa dentobacteriana, llevando consigo el desarrollo de enfermedades orales de alta prevalencia en esta población, como la caries dental y la enfermedad periodontal. Con este artículo se pretende presentar al odontólogo información relevante a cerca de las enfermedades bucales prevenibles de origen dentobacteriano y las principales necesidades de las personas en condición de discapacidad referentes a su higiene oral. Del mismo modo, se enfatiza en los métodos de remoción de placa mecánicos y químicos estudiados en esta población, para actualizar los conocimientos y así contribuir en gran medida a la práctica clínica, para ofrecer una adecuada atención odontológica a dichos pacientes. Es necesario el desarrollo de nuevos implementos de higiene oral enfocados a la población discapacitada que faciliten el control de la placa dentobacteriana, para contribuir a la prevención de las enfermedades orales más prevalentes.

e) **TÍTULO:** Atención odontológica a pacientes especiales: una realidad creciente

AUTOR: Morales Ch. Mariana C.

RESUMEN: En la actualidad más del 10% de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad y tres cuartas partes de ella no reciben ningún tipo de atención odontológica a pesar de la mayor prevalencia que tienen de padecer enfermedades bucodentales. Debido a que la higiene bucal es deficiente por las alteraciones físicas y psíquicas que impiden realizar un cepillado eficiente, a las dietas que suelen ser blandas y pegajosas, a la alta ingesta de fármacos y a las pocas visitas de control odontológico, la incidencia de caries, enfermedad periodontal y mal oclusiones es mayor que en el resto de la población. Existen diversas alternativas para la atención de los pacientes especiales que van desde la aplicación de técnicas de modificación de conducta, pasando por la restricción física hasta el uso de terapéuticas farmacológicas. En conclusión, es importante cambiar los paradigmas de la Odontología actual y tener una capacitación adecuada que permita mejorar la salud bucal de estos pacientes.

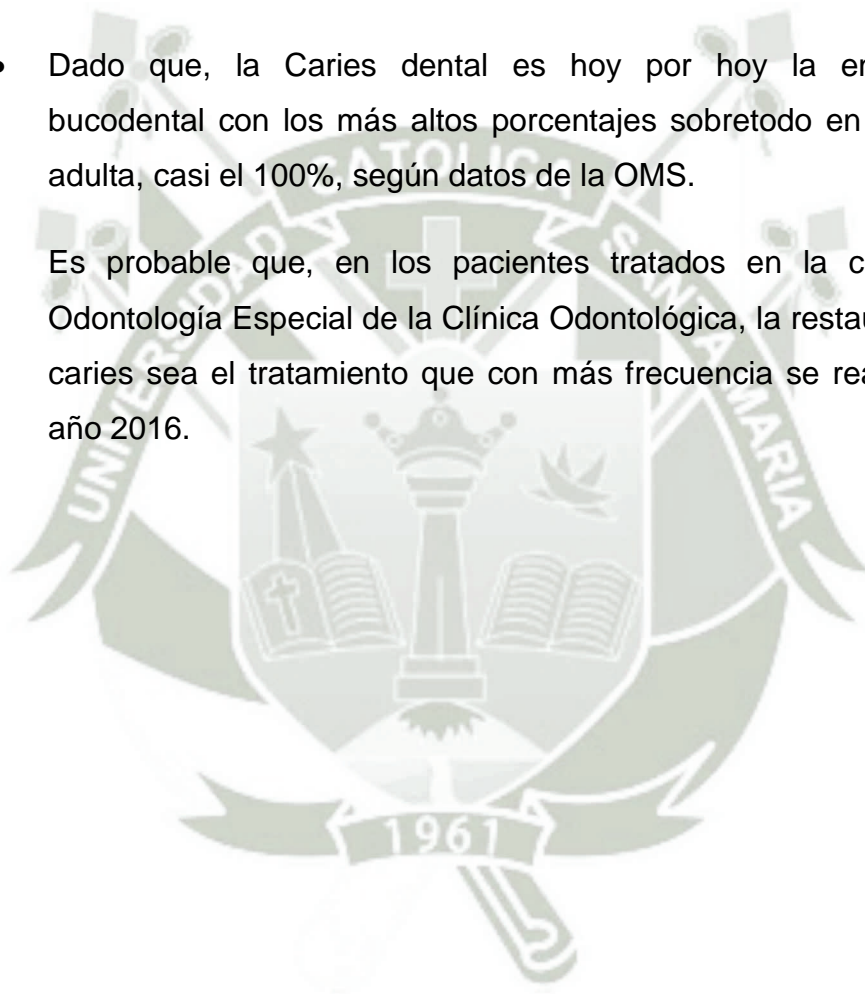
4. HIPÓTESIS

- Dado que, en el Perú el 14,8% de la población tiene HTA, siendo la enfermedad que más consultas médicas causa y resultando ser los hombres el grupo más afectado.

Es probable que, en los pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica, sea la HTA la que más prevaleció durante el año 2016.

- Dado que, la Caries dental es hoy por hoy la enfermedad bucodental con los más altos porcentajes sobretodo en población adulta, casi el 100%, según datos de la OMS.

Es probable que, en los pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial de la Clínica Odontológica, la restauración de caries sea el tratamiento que con más frecuencia se realizó en el año 2016.





CAPITULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas:

a) Precisión de la técnica

Se llevó a cabo la técnica mediante la observación documental, para así recoger la información necesaria de las Historias Clínicas de los pacientes tratados en la cátedra de Odontología Especial.

b) Esquematzación:

VARIABLE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Enfermedades de pacientes tratados	Observación	Historias Clínicas
Tratamientos		

c) Descripción de la Técnica

- Previa recolección de las Historias clínicas de la cátedra de Odontología Especial, se procedió a la observación y análisis.
- Se tuvieron en cuenta los siguientes datos en cada una de las historias:
 - Edad del paciente
 - Género del paciente
 - Motivo de la consulta
 - Historia de la enfermedad actual
 - Plan de Tratamiento

- Los datos anteriormente citados, se registraron en la Ficha de datos Documental, individual por cada paciente, para posteriormente realizar la matriz de datos de la totalidad de información obtenida.

1.2. Instrumentos:

1.2.1. Instrumento Documental

a) Precisión del instrumento

Se utilizó un instrumento de tipo elaborado denominado “Ficha de Registro documental”, estructurado en base a las variables e indicadores.

b) Modelo del instrumento

Dicho modelo figura en Anexos.

1.3. Materiales:

- Materiales de escritorio
- Fichas de recolección
- Computadora
- Impresora
- Fotocopiadora

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

2.1. Ubicación espacial

a) Ámbito General

La investigación se realizó en el ámbito general de la provincia de Arequipa, específicamente en el distrito del Yanahuara.

b) **Ámbito específico**

El ámbito específico de la investigación fue la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

2.2. Ubicación temporal

La recolección de datos se realizará del año 2016.

2.3. Unidades de estudio

El universo está constituido, por 360 historias clínicas de la cátedra de Odontología Especial de pacientes atendidos en la Clínica Odontológica UCSM, correspondientes al semestre par del año 2016. Se diseñó una muestra significativa, con 95% de confiabilidad y 3% de error, seleccionándose aleatoriamente 270 pacientes que representa el 75.0%, del total.

Considerándose dentro de ellas los siguientes criterios:

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Historias clínicas de pacientes de ambos géneros.
- Historias clínicas debidamente registradas como pacientes especiales, es decir que cuenten con diagnóstico del médico tratante, recetas o algún método probatorio de la enfermedad

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Historias clínicas con datos incompletos.

2.4. Tamaño de muestra

$$n = \frac{Np(1-p)}{\frac{(N-1)E^2 + p(1-p)}{Z^2}}$$

Dónde:

N = tamaño estimado de la población: 386

p = Proporción de la población que tiene una característica determinada: 0.5

E² = Grado de precisión deseado. 3% = 0.03

Z² = Nivel de confianza, generalmente es 95% = 1.96² = 3.8416

1 - p = 0.5

Reemplazando:

$$n = \frac{(360)(0.5) \cdot (1 - 0.5)}{\frac{(360 - 1) 0.03^2}{1.96^2} + 0.5(1 - 0.5)} = 269.4$$

- TAMAÑO DE MUESTRA FINAL: **270**

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN

3.1. Organización

- Solicitar a cada docente de la cátedra de Odontología Especial el préstamo de historias clínicas de ésta.

- Respectivas Coordinaciones con los distintos docentes para la revisión de las Historias Clínicas en la oficina de la Facultad de Odontología.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

- **Investigador:** Ghislaine Vega Reyes
- **Asesor:** Dra. María Barriga

3.2.2. Recursos Físicos

- Clínica Odontológica UCSM
- Oficina de la Facultad de Odontología
- Biblioteca de la Universidad Católica Santa María.

3.2.3. Recursos Institucionales

- Universidad Católica de Santa María

3.2.4. Recursos Financieros

- Financiados por la investigadora.

3.3. Validación:

La prueba piloto se hizo con el 10% de las historias Clínicas, a fin de verificar la efectividad de la ficha de recolección de datos.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Tipo de procesamiento:

- Manual y computarizado.

4.2. Operaciones del procesamiento:

a) Clasificación:

Una vez aplicados los instrumentos, la clasificación de los datos fue ordenada a través de la confección de una matriz de sistematización, para lo cual se utilizará una hoja de cálculo en Excel

b) Plan de Recuento:

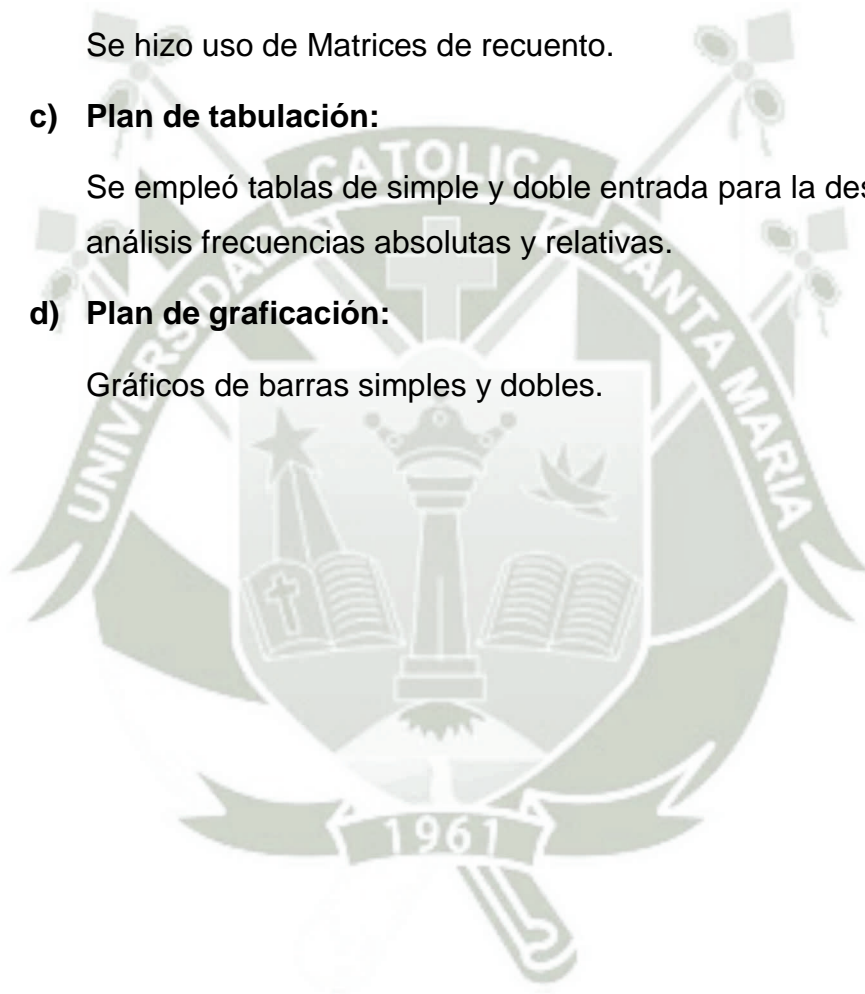
Se hizo uso de Matrices de recuento.

c) Plan de tabulación:

Se empleó tablas de simple y doble entrada para la descripción y análisis frecuencias absolutas y relativas.

d) Plan de graficación:

Gráficos de barras simples y dobles.





PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

TABLA N°1

**DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADOS EN LA
CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA ESPECIAL SEGÚN GRUPO ETARIO Y
GÉNERO. CLÍNICA ODONTOLÓGICA UCSM 2016**

Grupo etario (*)	GÉNERO				TOTAL	
	Femenino		Masculino			
	Nº	Porcentaje (%)	Nº	Porcentaje (%)	Nº	Porcentaje (%)
Adulto (30-60 años)	74	27.4	37	13.7	111	41.1
Adulto Mayor (60 años a más)	93	34.4	66	24.4	159	58.9
TOTAL	167	61.9	103	38.1	270	100.0

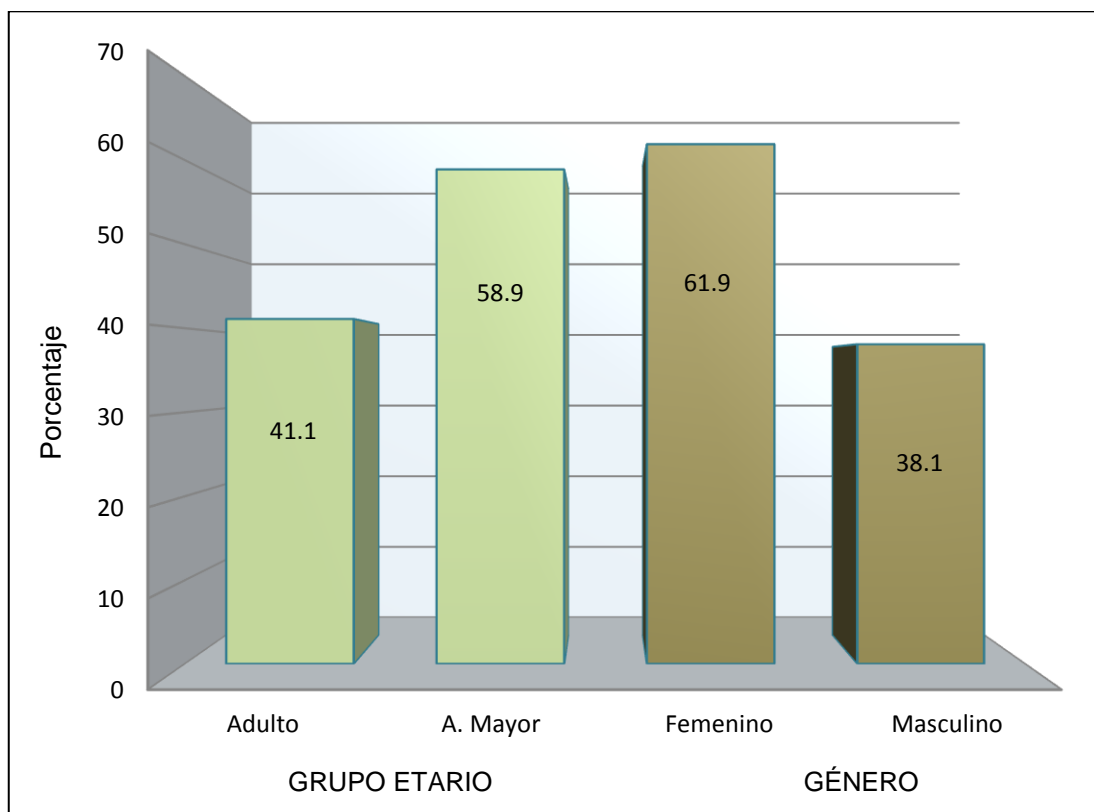
(*) Datos obtenidos de la Gerencia Regional de Salud

Fuente: Matriz de datos

- En la tabla N°1 se aprecia la distribución total de pacientes estudiados en el presente estudio, los cuales muestran que en lo que concierne al grupo etario, 41.1% son Adultos y 58.9% Adultos mayores. En cuanto a género, 61.9% son pacientes de género femenino y el 38.1% del género masculino.

GRÁFICA N°1

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADOS EN LA CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA ESPECIAL SEGÚN GRUPO ETARIO Y GÉNERO. CLÍNICA ODONTOLÓGICA UCSM 2016



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 2

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES SEGÚN GRUPO ETARIO EN
PACIENTES TRATADOS EN LA CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA
ESPECIAL DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA. UCSM 2016.**

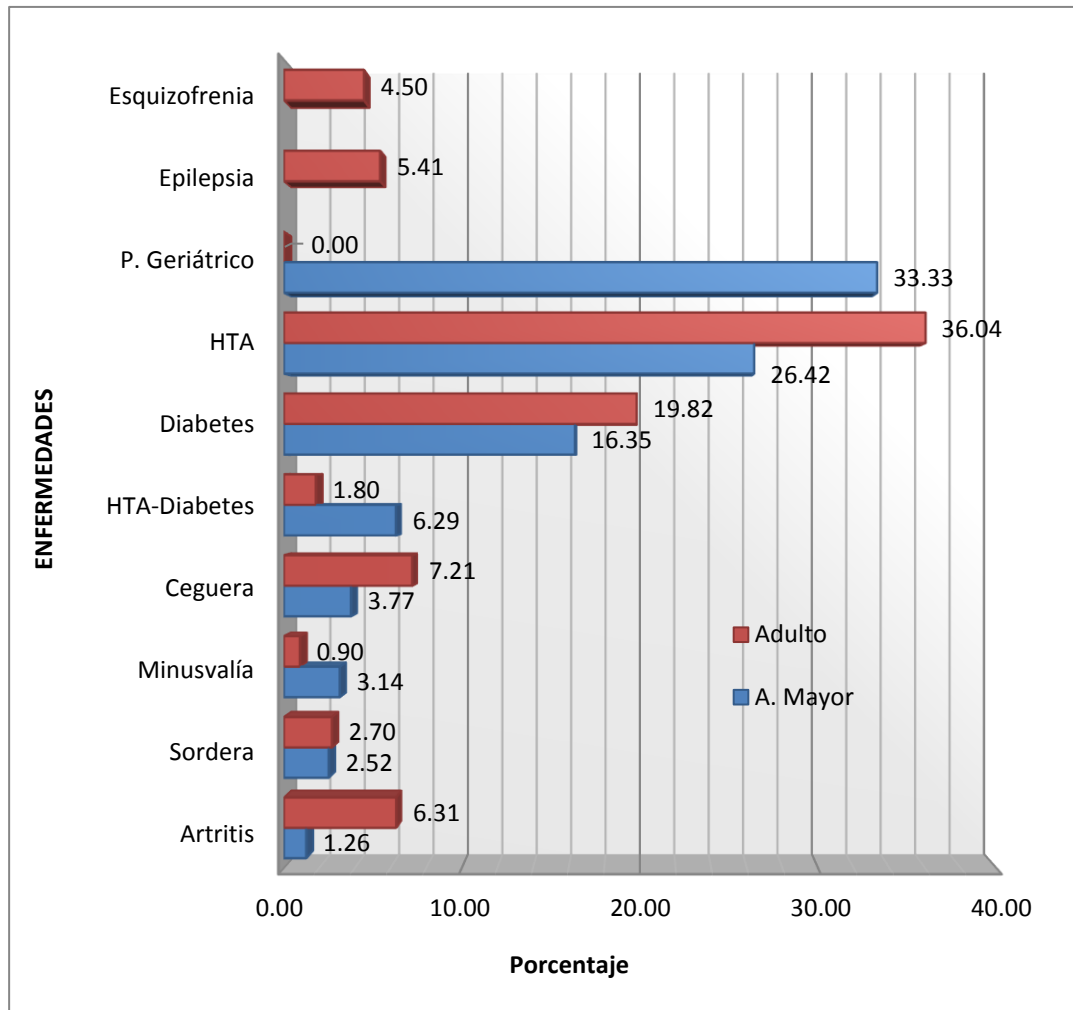
ENFERMEDAD	GRUPO ETARIO				TOTAL	
	Adulto Mayor		Adulto		Nº	Porcentaje (%)
	Nº	Porcentaje (%)	Nº	Porcentaje (%)		
HTA	42	26.42	40	36.04	82	30.37
P. Geriátrico	53	33.33			53	19.63
Diabetes	26	16.35	22	19.82	48	17.78
Ceguera	6	3.77	8	7.21	14	5.19
HTA-Diabetes	10	6.29	2	1.80	12	4.44
Artritis	2	1.26	7	6.31	9	3.33
Sordera	4	2.52	3	2.70	7	2.59
Epilepsia			6	5.41	6	2.22
Minusvalía	5	3.14	1	0.90	6	2.22
Esquizofrenia	1	0.63	5	4.50	6	2.22
Gastritis	2	1.26	3	2.70	5	1.85
Alzheimer	4	2.52			4	1.48
Asma			4	3.60	4	1.48
Cáncer Mama	1	0.63	3	2.70	4	1.48
Retraso M.			3	2.70	3	1.11
Diab.-Alzheim.	1	0.63			1	0.37
Gastritis-Artritis			1	0.90	1	0.37
Guillain Bar.			1	0.90	1	0.37
HTA-Artritis			1	0.90	1	0.37
HTA-Gastritis	1	0.63			1	0.37
S. Sjogren			1	0.90	1	0.37
V. Papiloma H.	1	0.63			1	0.37
TOTAL	159	100.00	111	100.00	270	100.00

Fuente: Matriz de datos

- En la Tabla N°2 se muestra que la enfermedad que prevalece en Adultos es la Hipertensión Arterial (36.04%) y la Diabetes (19.82%); en Adultos Mayores es la atención al Paciente geriátrico (33.3%), seguido de la HTA (26.42%).

GRÁFICO N° 2

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES SEGÚN GRUPO ETARIO EN
PACIENTES TRATADOS EN LA CÁTEDRA DE ODONTOLÓGÍA
ESPECIAL DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA. UCSM 2016.



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 3

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES SEGÚN GÉNERO EN PACIENTES
TRATADOS EN LA CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA ESPECIAL DE LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA. UCSM 2016.**

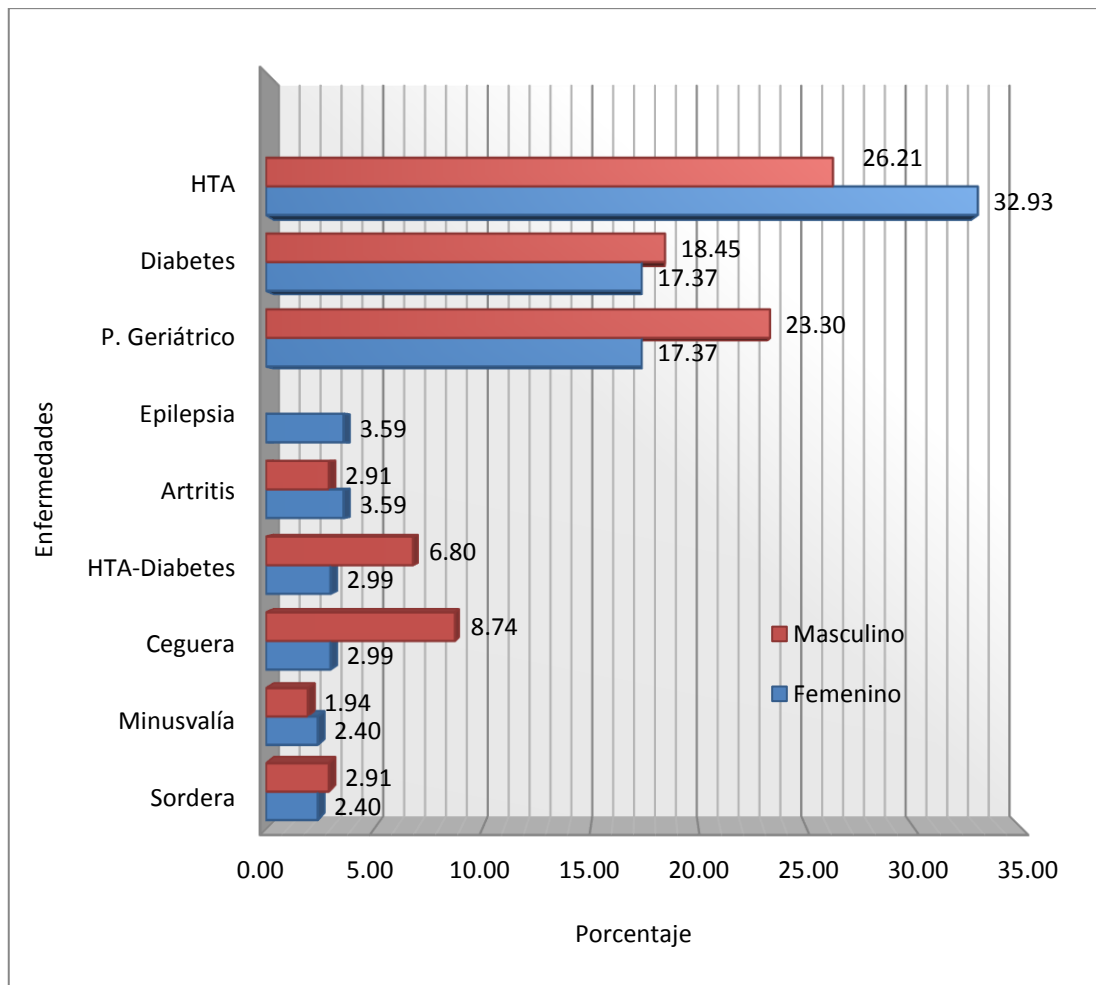
ENFERMEDAD	GÉNERO				TOTAL	
	Femenino		Masculino			
	Nº	Porcentaje (%)	Nº	Porcentaje (%)	Nº	Porcentaje (%)
HTA	55	32.93	27	26.21	82	30.37
P. Geriátrico	29	17.37	24	23.30	53	19.63
Diabetes	29	17.37	19	18.45	48	17.78
Ceguera	5	2.99	9	8.74	14	5.19
HTA-Diabetes	5	2.99	7	6.80	12	4.44
Artritis	6	3.59	3	2.91	9	3.33
Sordera	4	2.40	3	2.91	7	2.59
Epilepsia	6	3.59			6	2.22
Minusvalía	4	2.40	2	1.94	6	2.22
Esquizofrenia	3	1.80	2	1.94	5	1.85
Gastritis	4	2.40	1	0.97	5	1.85
Alzheimer	2	1.20	2	1.94	4	1.48
Asma	4	2.40			4	1.48
Cáncer Mama	4	2.40			4	1.48
Retraso M.			3	2.91	3	1.11
Diab.-Alzheim.	1	0.60			1	0.37
Ezquizofrenia	1	0.60			1	0.37
Gastritis-Artritis	1	0.60			1	0.37
Guillain Bar.	1	0.60			1	0.37
HTA-Artritis	1	0.60			1	0.37
HTA-Gastritis	1	0.60			1	0.37
S. Sjogren	1	0.60			1	0.37
V. Papiloma H.			1	0.97	1	0.37
TOTAL	167	100.00	103	100.00	270	100.00

Fuente: Matriz de datos

- La tabla N°3 muestra que en el género Femenino prevalece la HTA (32.9%), de igual manera en el género masculino (26.2%), seguido de la atención al paciente geriátrico (23.30%).

GRÁFICA N° 3

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES SEGÚN GÉNERO EN PACIENTES
TRATADOS EN LA CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA ESPECIAL DE LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA. UCSM 2016.**



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 4

JERARQUÍA DE ÁREAS DE TRATAMIENTOS REALIZADOS SEGÚN
GRUPO ETARIO. CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA ESPECIAL. UCSM 2016

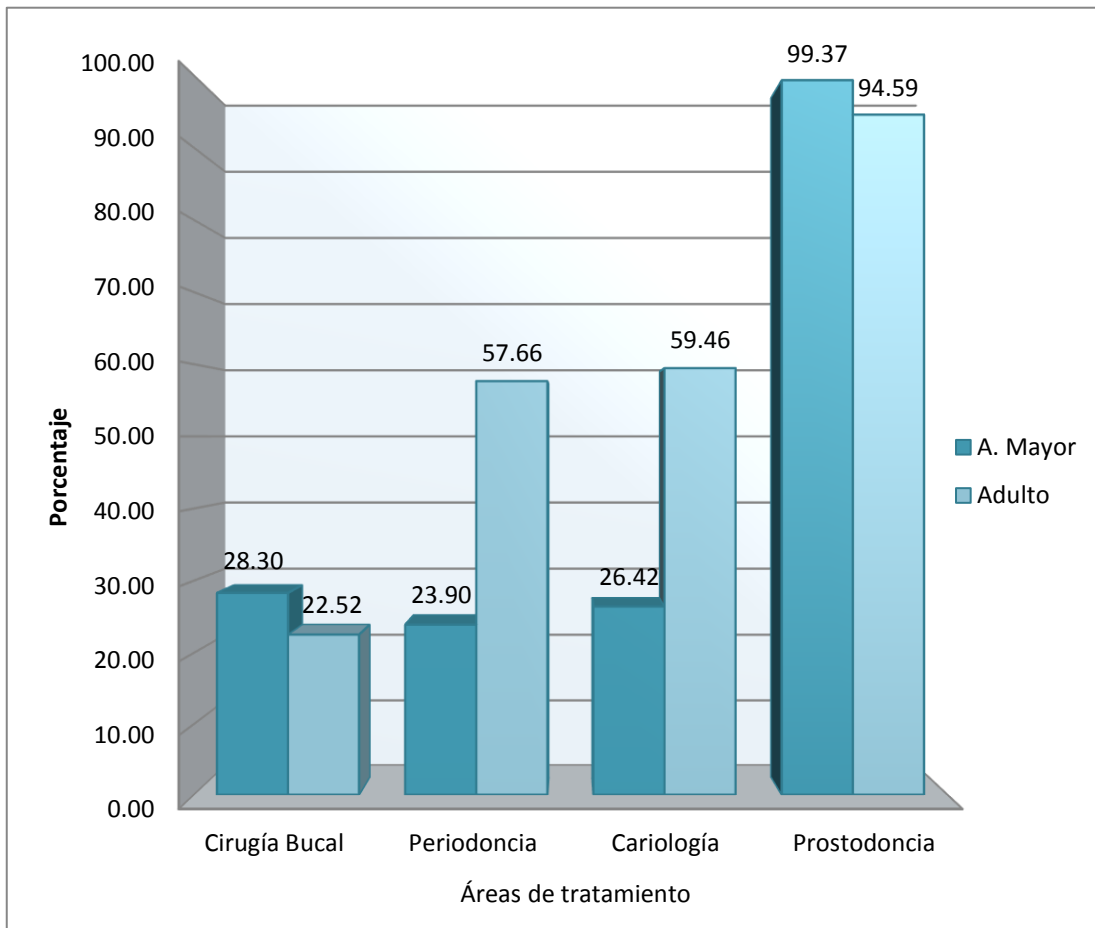
Área de Tratamiento	Adulto Mayor		Adulto	
	Número de veces que se realizó como mínimo un tratamiento	Porcentaje (%)	Número de veces que se realizó como mínimo un tratamiento	Porcentaje (%)
Prostodoncia	158	99.37	105	94.59
Cariología	42	26.42	66	59.46
Periodoncia	38	23.90	64	57.66
Cirugía Bucal	45	28.30	25	22.52
Total de Pacientes	159		111	

Fuente: Matriz de datos

- En la Tabla N°4 se observa la Jerarquía de las Áreas de tratamiento odontológico realizadas a éste grupo de pacientes considerando el grupo etario. El área en el cual la mayoría de pacientes recibieron tratamiento Odontológico, en Adultos Mayores fue Prostodoncia (99.37%), igualmente en Adultos (94.59%), seguido de Cariología (59.46%).

GRÁFICA N°4

JERARQUÍA DE ÁREAS DE TRATAMIENTOS REALIZADOS SEGÚN GRUPO ETARIO. CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA ESPECIAL. UCSM 2016



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 5

**JERARQUÍA DE ÁREAS DE TRATAMIENTOS REALIZADOS SEGÚN
GÉNERO. CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA ESPECIAL. UCSM 2016**

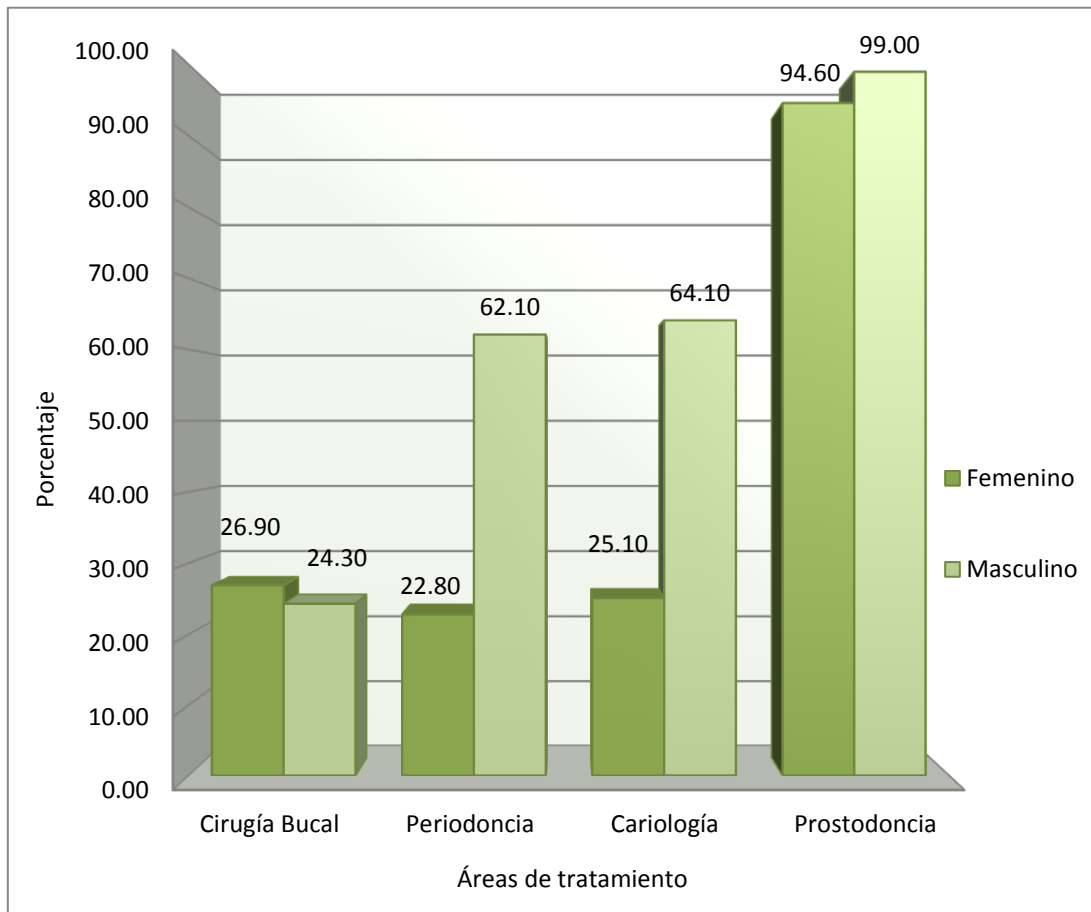
Área de Tratamiento	Femenino		Masculino	
	Número de veces que se realizó como mínimo un tratamiento	Porcentaje (%)	Número de veces que se realizó como mínimo un tratamiento	Porcentaje (%)
Prostodoncia	158	94.61	102	99.03
Cariología	42	25.15	66	64.08
Periodoncia	38	22.75	64	62.14
Cirugía Bucal	45	26.95	25	24.27
Total de Pacientes	167		103	

Fuente: Matriz de datos

- En la tabla N°5 se muestra que el área más trabajada en los pacientes estudiados según género. Dicha área fue Prostodoncia, predominando en el género Masculino (99%), y en el género Femenino (94.6%).

GRAFICA N° 5

JERARQUÍA DE ÁREAS DE TRATAMIENTOS REALIZADOS SEGÚN
GÉNERO. CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA ESPECIAL. UCSM 2016



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 6

**NÚMERO DE TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS REALIZADOS EN CADA
ÁREA SEGÚN GRUPO ETARIO EN LA CÁTEDRA DE ODONTOLÓGIA
ESPECIAL. CLÍNICA ODONTOLÓGICA. UCSM 2016**

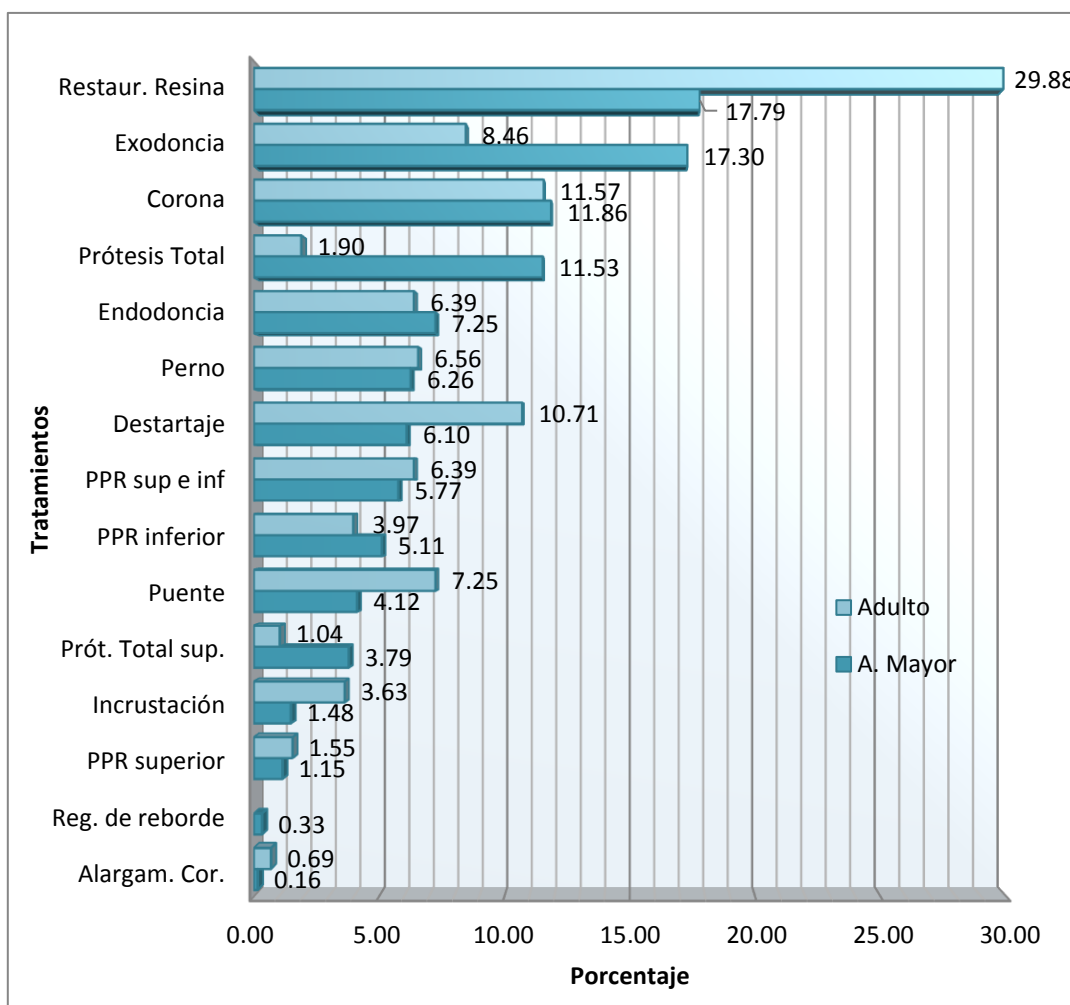
ÁREAS / TRATAMIENTOS	A. Mayor		Adulto		Total	
	Nº	Porcentaje (%)	Nº	Porcentaje (%)	Nº	Porcentaje (%)
CIRUGÍA BUCAL						
Exodoncia	105	17.30	49	8.46	154	12.98
Reg. de reborde	2	0.33	0		2	0.17
PERIODONCIA						
Destartaje	37	6.10	62	10.71	99	8.35
Alargam. Corona	1	0.16	4	0.69	5	0.42
CARIOLOGÍA						
Restaur. Resina	108	17.79	173	29.88	281	23.69
Endodoncia	44	7.25	37	6.39	81	6.83
Incrustación	9	1.48	21	3.63	30	2.53
PROSTODONCIA						
Perno	38	6.26	38	6.56	76	6.41
Corona	72	11.86	67	11.57	139	11.72
Puente	25	4.12	42	7.25	67	5.65
Prótesis Total	70	11.53	11	1.90	81	6.83
Prót. Total. sup.	23	3.79	6	1.04	29	2.45
PPR sup. e inf.	35	5.77	37	6.39	72	6.07
PPR superior	7	1.15	9	1.55	16	1.35
PPR inferior	31	5.11	23	3.97	54	4.55
Total de Tratamientos	607	100	579	100	1186	100

Fuente: Matriz de datos

- En la Tabla N°6 se muestran los tratamientos individuales realizados a los pacientes estudiados. Siendo la restauración con resina el tratamiento que se realizó en su mayoría en Adultos mayores (17.79%) y Adultos (29.88%). En adultos mayores también predominó la exodoncia (17.30%).

GRÁFICO N° 6

NÚMERO DE TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS REALIZADOS EN CADA
ÁREA SEGÚN GRUPO ETARIO EN LA CÁTEDRA DE ODONTOLÓGIA
ESPECIAL. CLÍNICA ODONTOLÓGICA. UCSM 2016



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 7

**NÚMERO DE TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS REALIZADOS EN CADA
ÁREA SEGÚN GÉNERO EN LA CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA
ESPECIAL. CLÍNICA ODONTOLÓGICA. UCSM 2016**

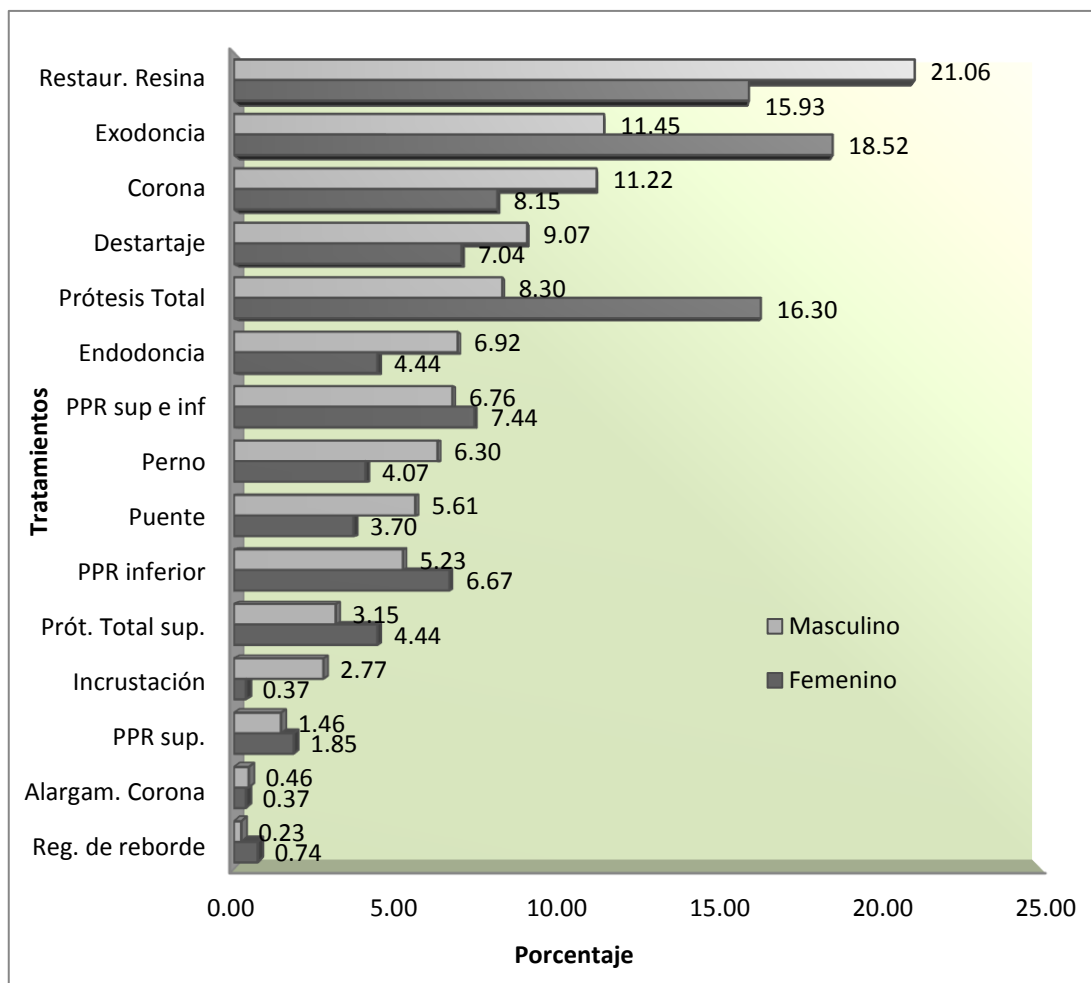
ÁREAS / TRATAMIENTOS	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	Porcentaje (%)	Nº	Porcentaje (%)	Nº	Porcentaje (%)
CIRUGÍA BUCAL						
Exodoncia	50	18.52	149	11.45	199	12.67
Reg. de reborde	2	0.74	3	0.23	5	0.32
PERIODONCIA						
Destartaje	19	7.04	118	9.07	137	8.72
Alargam. Corona	1	0.37	6	0.46	7	0.45
CARIOLOGÍA						
Restaur. Resina	43	15.93	274	21.06	317	20.18
Endodoncia	12	4.44	90	6.92	102	6.49
Incrustación	1	0.37	36	2.77	37	2.36
PROSTODONCIA						
Perno	11	4.07	82	6.30	93	5.92
Corona	22	8.15	146	11.22	168	10.69
Puente	10	3.70	73	5.61	83	5.28
Prótesis Total	44	16.30	108	8.30	152	9.68
Prót. Total sup.	12	4.44	41	3.15	53	3.37
PPR sup e inf	20	7.41	88	6.76	108	6.87
PPR superior	5	1.85	19	1.46	24	1.53
PPR inferior	18	6.67	68	5.23	86	5.47
Total de Tratamientos:	270	100.0	1301	100.0	1571	100.0

Fuente: Matriz de datos

- En la Tabla N°7 se muestra que en lo que respecta a género, el tratamiento que se realizó en su mayoría en el grupo de pacientes estudiado fue en el género femenino la Exodoncia (18.52%), y en el género masculino la restauración con resina (21.06%).

GRÁFICO N° 7

**NÚMERO DE TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS REALIZADOS EN CADA
ÁREA SEGÚN GÉNERO EN LA CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA
ESPECIAL. CLÍNICA ODONTOLÓGICA. UCSM 2016**



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 8
FRECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS EN
LAS ENFERMEDADES MÁS PREVALENTES DE PACIENTES
TRATADOS EN LA CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA ESPECIAL DE LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA UCSM 2016.

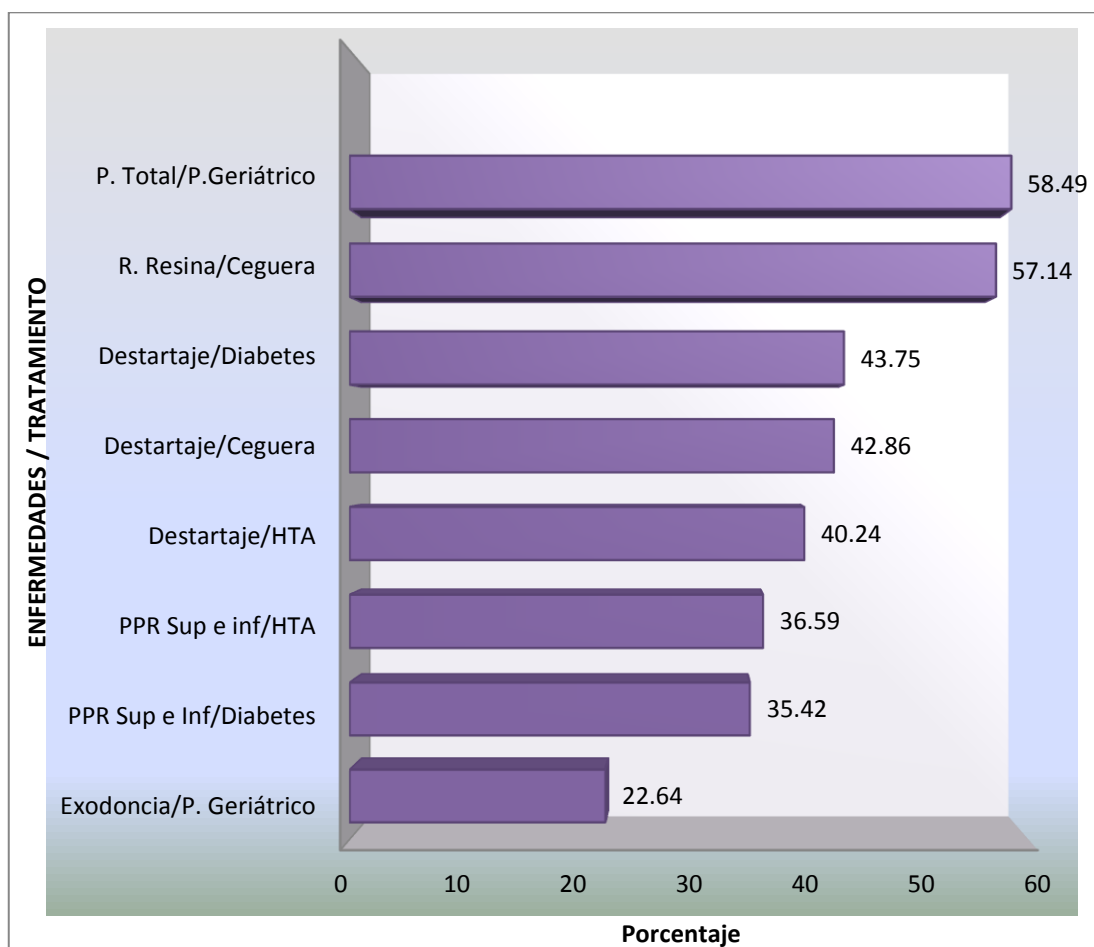
TRATAMIENTO	HTA		P. Geriátrico		Diabetes		Ceguera	
	Nº	Porcentaje (%)	Nº	Porcentaje (%)	Nº	Porcentaje (%)	Nº	Porcentaje (%)
Exodoncia	15	18.29	12	22.64	15	31.25	4	28.57
Reg. de reborde	1	1.22	1	1.89				
Destartaje	33	40.24	7	13.21	21	43.75	6	42.86
Alargamiento Corona	1	1.22			1	2.08		
Restaur. Resina	22	26.83	8	15.09	15	31.25	8	57.14
Endodoncia	11	13.41	5	9.43	5	10.42		
Incrustación	8	9.76			2	4.17	1	7.14
Perno	7	8.54	5	9.43	5	10.42	1	7.14
Corona	17	20.73	9	16.98	10	20.83	3	21.43
Puente	13	15.85	5	9.43	9	18.75	4	28.57
Prótesis Total	18	21.95	31	58.49	10	20.83	1	7.14
Prót. Total sup.	12	14.63	4	7.55	7	14.58	3	21.43
PPR sup. e inf.	30	36.59	8	15.09	17	35.42	4	28.57
PPR superior	4	4.88	2	3.77	2	4.17	2	14.29
PPR inferior	18	21.95	8	15.09	8	16.67	4	28.57
Total de Pacientes	82		53		48		14	

Fuente: Matriz de datos

- En la Tabla N°8 se muestra la relación de tratamientos en las enfermedades más prevalentes. En pacientes con HTA destacó el destartaje (40.24%), en atención al paciente geriátrico fue la prótesis total (58.49%), en pacientes con Diabetes fue el destartaje (43.75%), y en ceguera las restauraciones con resina (57.14%).

GRÁFICO N° 8

FRECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS EN
LAS ENFERMEDADES MÁS PREVALENTES DE PACIENTES
TRATADOS EN LA CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA ESPECIAL DE LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA UCSM 2016.



Fuente: Matriz de datos

DISCUSIÓN

Las enfermedades bucodentales son un problema de Salud Pública actual, y de la misma forma las enfermedades sistémicas, síndromes, o algún tipo de discapacidad son frecuentes en la sociedad.

La presente investigación indica que las necesidades odontológicas en pacientes especiales, en pacientes con enfermedades sistémicas o discapacitados son semejantes a los de una población sana; sin embargo en algunos casos estas situaciones se agravan debido manifestaciones de la enfermedad.

En los datos encontrados, predominó en el grupo estudiado el género femenino, así como adultos mayores; éste último dato es interesante ya que lastimosamente, los odontólogos muchas veces rechazan la atención a estos pacientes por numerosas razones que no son ni deberían ser aceptadas. Considero que el interés por la preparación del profesional para la atención al adulto mayor debe incrementarse.

Se determinó en el grupo de pacientes estudiados, que las enfermedades que prevalecieron fueron la Hipertensión Arterial tanto en género femenino como en el masculino: 32.93% y 26.21% respectivamente; y en el grupo de Adultos con 36.04%. La Diabetes en el género femenino 17.37% y 18.45% en género masculino; y predominando en el grupo Adultos con 19.82%, con diferencia de Adultos mayores en 16.35%. La atención al Paciente Geriátrico también predominó en 33.3%.

Y es que estos tres casos son importantes; la prevalencia de la HTA es una realidad indiscutible, las cifras de presión Arterial en las personas cada vez van en ascenso, esto es una alerta y un problema de salud mundial.

Realizando una comparación del presente estudio con los resultados logrados en la investigación de Revilla Luis, López Tania, Sánchez Sixto, Yasuda Myriam, Sanjinés Giovanna (2014) realizada en el Perú, donde se dice que el 15,8% de la población tiene HTA, y el 3,9% Diabetes, una

moderada prevalencia. Diferiendo con aquellos resultados obtenidos puedo afirmar que los porcentajes de dichas enfermedades no revelan la realidad de la Salud de nuestra sociedad actual, la cual es relevante ya que cada vez van en aumento. Los datos encontrados en ésta investigación indican que la HTA así como la Diabetes muestran los porcentajes más altos, por tanto son esas las enfermedades por las cuales se debería mostrar mayor.

Por otro lado está el estudio de Marulanda Juliana, Betancur Juan, Espinosa Sebastián, Gómez Jorge, Tapias Alejandra (2011), donde se evaluó la salud oral en pacientes con necesidades especiales, obtuvo como resultado la frecuencia de caries dental y enfermedad periodontal. Los datos coinciden con la presente investigación, dando mayor énfasis en caries dental, ya que la restauración con resina fue el tratamiento más realizado, tanto en adultos (17.79%) como en adultos mayores (29.88%), también resaltó en el grupo de pacientes de género masculino (21.06%). En pacientes adultos la frecuencia de destartaje fue 10.71%; también en pacientes con HTA (40.24%), dando así solución a la enfermedad periodontal que está presente en cantidades moderadas en nuestra sociedad así como la ya mencionada caries, también presente en un predominante porcentaje a nivel mundial. En la atención al paciente geriátrico, resultó ser la prótesis total la de mayor requerimiento (58.49%), ello podría deberse a diversos motivos y no dependientes de la edad, pero coincide con las necesidades odontológicas de éstos pacientes.

Con respecto a los resultados del presente estudio, además de reportar cifras prevalentes que servirán para estudios posteriores; éste busca que los profesionales de la salud bucal muestren interés por la atención cada vez más especializada hacia los pacientes con necesidades especiales y así acabar con la discriminación, lamentable pero cierta. De la misma forma considero que los profesionales debemos conocer, dominar y aprender día a día más sobre las diversas enfermedades que existen, por ser de relevancia también en nuestro ámbito laboral en cuanto al manejo odontológico.

Por lo ya mencionado, se considera a este estudio un aporte a ésta línea de investigación, ya que no existen reportes en la literatura sobre este tema.

CONCLUSIONES

PRIMERA

La enfermedad que predominó en el grupo de pacientes estudiados fue la Hipertensión arterial (30.37%), la cual resaltó en el grupo etario Adultos y en pacientes de género femenino.

SEGUNDA

El área de mayor requerimiento en cuanto a tratamientos realizados, fue en general Prostodoncia, en donde predominaron los adultos mayores (99.37%) y los pacientes de género masculino (99.03%).

TERCERA

Si se considera tratamientos específicos en cada Área Odontológica, resulta ser la restauración con resina el que se realizó con más frecuencia en el adulto mayor (29.88%) y en adultos (17.79%); así como en pacientes del género masculino (21.06%). En las pacientes de género femenino predominó la exodoncia (18.52%).

CUARTA

Se determinó que las enfermedades más prevalentes fueron: Hipertensión Arterial, Diabetes, atención al paciente geriátrico y Ceguera. Los resultados en cuanto a tratamientos realizados con más frecuencia en estos pacientes fueron respectivamente: destartaje (40.24%), destartaje (43.75%), Prótesis total (58.49%) y restauración con resina (57.14%).

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los profesionales encargados de la salud bucal, conocer y actualizarse con los conocimientos básicos no solo de las enfermedades que prevalecen en la sociedad actual, sino investigar más allá de lo conocido; esto con el fin de brindar atención de calidad a todos y cualquier paciente que debamos tratar y no poner excusa para su atención.
2. Se recomienda a la Facultad Profesional de Odontología incluir y profundizar en su plan de estudios sobre la atención y manejo dental hacia los pacientes con necesidades especiales, tanto en la teoría como en la práctica.
3. Se recomienda a la Clínica Odontológica UCSM contar con las medidas de prevención en situaciones de emergencia, además de botiquín de primeros auxilios, fármacos indispensables, inyectables, oxígeno, entre otros elementos indispensables en dichas situaciones. Así como capacitar a los alumnos a realizar la Reanimación Cardiopulmonar Básica (RCPB), que es de importante conocimiento para el trato a éste tipo de pacientes.
4. Se recomienda promover a los alumnos a realizar nuevos estudios hacia éste grupo de pacientes especiales, ya que es muy enriquecedor tanto para el investigador como para el lector.
5. Se recomienda, así mismo, al Colegio Odontológico del Perú (COP) educar y capacitar a los profesionales de salud bucal en la atención a los pacientes con necesidades especiales o enfermedades sistémicas, ya que son un grupo cuantioso en esta sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- BARRANCOS MOONEY Julio. Operatoria dental. Integración clínica. Editorial Médica Panamericana. 4ta Edición. Buenos Aires, Argentina. 2006
- BATES J.F., ADAMS D., STAFFORD G. D. Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. Editorial El Manual Moderno. 1era Edición. México. 1984
- CANEDO LAZO Mayo. CIRUGIA ORAL. 2da Edición. Arequipa, Perú. 2014
- CASTELLANOS José, DIAZ Laura, LEE Enrique. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Editorial El Manual Moderno. 3ra Edición. México. 2015.
- CHIMENOS Eduardo. La Historia Clínica en Odontología. Editorial Masson S.S. 1era Edición. Barcelona. España. 1998.
- CUENCA SALA Emily, BACA Pilar. Odontología Preventiva y Comunitaria, Principios, Métodos y Aplicaciones. Editorial Elsevier. 3ra Edición. Barcelona. 2005
- DONADO Manuel. Cirugía Bucal: Patología y Técnica. Editorial Elsevier Masson. 4ta Edición. España. 2014.
- McCRACKEN William, McGIVNEY Glen, CARR Alan, BROWN David. Prótesis Parcial Removible. Editorial Elsevier Mosby. 11va Edición. España. 2006
- PEGORARO Luis Fernando. Prótesis Fija. Editorial Artes Médicas Lida. 1era Edición. 2001
- ROSADO LINARES Larry. PERIODONCIA. 2da Edición. UCSM. Arequipa. 2010

- SHILLINGBURG H., HOBO S., WHITSETT L., JACOBI R., BRACKETT S. Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija. Editorial Quintessence S.L. 3ra Edición. España. 2002
- SOARES Ilson, GOLDBERG Fernando. Endodoncia. Técnica y fundamentos. Editorial Médics Panamericana. 1era Edición. Brasil. 2002



HEMEROGRAFÍA

- Correa Vélez Santiago, Isaza Juan Felipe, Gaviria Ana Sol, Naranjo Mauricio. RESISTENCIA DE DIENTES RESTAURADOS CON POSTES PREFABRICADOS ANTE CARGAS DE MÁXIMA INTERCUSPIDACIÓN, MASTICACIÓN Y BRUXISMO. Revista Cubana de Estomatología. vol.50 no.1. [Artículo en Internet]. 2013. Ciudad de La Habana. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000100005

- Hernández Ana, Sueiro Irma, Manresa Caridad, Hernández Zenia, Hurtado Dania, Barrio Teresita. DETERMINACIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCAL EN PACIENTES DISCAPACITADOS DEL ÁREA VII EN CIENFUEGOS. Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay. [Artículo en Internet]. 2014. Cuba. Disponible en:

<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=56628>

- Lanza Echeveste Damián Guillermo. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO. PARTE I. Odontoestomatología vol.13 no.17. [Artículo en Internet]. 2011. Montevideo. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392011000100004

- López José, Valdespino Pineda Luis, Lugones Botell Miguel. RETRASO MENTAL Y CALIDAD DE VIDA. Revista Cubana de Medicina General Integral. v.21 n.5-6. [Artículo en Internet]. 2005. Ciudad de La Habana. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500010

- Marulanda Juliana, Betancur Juan, Espinosa Sebastián, Gómez Jorge, Tapias Alejandra. SALUD ORAL EN DISCAPACITADOS. [Artículo en Internet]. 2011. Colombia. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3696489.pdf>
- Medina-Castro José Francisco, Alvarado-Menacho Sergio. PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON DEMANDA DE ATENCIÓN DIAGNÓSTICA. [Artículo en Internet]. 2012. Lima – Perú. Disponible en:

<http://revodontobvosalud.org/pdf/occ/v11n2/a13v11n2.pdf>
- Morales Mariana. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES ESPECIALES: UNA REALIDAD CRECIENTE. [Artículo en Internet]. Volumen 50, No. 1. 2012. España. Disponible en:

<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/1/art-22/>
- Revilla Luis, López Tania, Sánchez Sixto, Yasuda Myriam, Sanjinés Giovanna. PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES EN HABITANTES DE LIMA Y CALLAO, PERÚ. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. vol.31 no.3. [Artículo en Internet]. 2014. Lima - Perú. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342014000300005&script=sci_arttext
- Villaverde Ramírez G., Blanco Carrión J., Ramos Barbosa I., Bascones Ilundain J., Bascones Martínez A. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS CORONAS CLÍNICAS CORTAS: TÉCNICA DE ALARGAMIENTO CORONARIO. Avances en Periodoncia e Implantología Oral. vol.12 no.3. [Artículo en Internet]. 2000. Madrid. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852000000300002

WEBGRAFÍA

- <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/Norma%20HC%20V02.pdf>
- <http://www.cop.org.pe/historia-clinica>
- <http://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2016/08/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOGIA-2016-1.pdf>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2013/cmh132n.pdf>
- http://www.dental-tribune.com/articles/news/latinamerica/13051_los_pacientes_con_necesidades_especiales.html
- <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- <https://www.conadisperu.gob.pe/registro-nacional-de-la-persona-con-discapacidad>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25946/1/120421.pdf>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>
- <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25974/1/120440.pdf>
- <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-minusvalia-discapacidad-e-incapacidad-una-S1138359310002182>
- http://www.minedu.gob.pe/files/266_201109141525.pdf
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/guillain-barre-syndrome/es/>
- <http://digeprisalud.gob.do/docs/Vigilancia%20Epidemiologica/Gu%C3%ADa%20de%20Atenci%C3%B3n/Protocolo%20De%20Atenci%C3%B3n%20Sin%20drome%20De%20Guillain%20Barr%C3%A9%202016.pdf>





ANEXO N° 1

**MODELO DE FICHA DE REGISTRO
DE DATOS DOCUMENTAL**

FICHA DE REGISTRO DE DATOS DOCUMENTAL

Nº: _____

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____

Género: Femenino ____ Masculino ____

Enfermedad Actual:

Tratamiento odontológico requerido:

Cantidad:

❖ **CARIOLOGÍA**

- Restauración con resina ----- -----
- Restauración con amalgama ----- -----
- Endodoncia ----- -----
- Incrustación ----- -----

❖ **CIRUGÍA**

- Exodoncia ----- -----
- Otro tipo de intervención: -----

❖ **PERIODONCIA**

- Destartaje ----- -----
- Alargamiento de corona ----- -----
- Otro tipo de intervención: ----- -----

❖ **PROSTODONCIA**

- Perno espigo muñón ----- -----
- Corona ----- -----
- Puente ----- -----
- Prótesis parcial removible ----- -----
- Prótesis total ----- -----

✓ OTRO(s) TRATAMIENTO (s):



