



TESIS

PRESENCIA DE LA ESTOMATITIS AFTOSA Y SU RELACIÓN CON LA
UREMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
TERMINAL SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN LA CLÍNICA DE
HEMODIÁLISIS “RÍO BRANCO” EN EL PERIODO JULIO-AGOSTO
DEL 2016

PRESENTADO POR:

MIGUEL ÁNGEL FALCÓN CÓRDOVA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

CIRUJANO DENTISTA

Lima – Perú

2017

A mi madre
que fue apoyo incondicional
durante mi carrera profesional

A Dios, quien guio mis pasos

a mis grandes maestros

y todos mis pacientes

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito determinar la relación que existe entre la presencia de estomatitis aftosa y la uremia en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica terminal tratados con diálisis. El diseño del estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo correlacional y transversal. Se consideró como población a 113 adultos ya diagnosticados y con indicación de diálisis, atendidos en la Clínica "Río Branco" en los meses de Julio y Agosto del 2016. Se evaluó la concentración sérica de úrea, el tiempo de enfermedad y la presencia, formas (según los criterios de Scully y Porter), la ubicación y el estadio de las lesiones aftosas.

En los resultados no se observó relación estadísticamente significativa entre el género, edad, ni tiempo de enfermedad ($p>0,05$). Lo que queda demostrado que la presencia de estomatitis aftosa fue de 41,1%, siendo de forma menor el 37,5% y herpetiforme 5,4%. No se observó forma mayor de lesiones. Los sitios donde se halló mayor presencia de lesiones fueron el piso de boca (37,5%), los labios (33,3%) y la mucosa vestibular (12,5%). Por otro lado, la concentración sérica de urea promedio fue de $135,02\pm 39,83$ mg/dl.

Se concluyó que no existe relación entre la presencia de estomatitis aftosa y la concentración sérica de urea en adultos con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis.

Palabras clave: Estomatitis aftosa; uremia; enfermedad renal crónica.

ABSTRACT

The aim of the present investigation is to determine the relationship between the presence of aphthous stomatitis and uremia in adult patients with chronic renal failure treated with dialysis. The study design was quantitative, non-experimental, descriptive and cross-sectional. A total of 113 adults diagnosed with dialysis were treated at the "Rio Branco" clinic in July and August 2016. The serum concentration of urea, disease duration and presence were evaluated as forms (According to Scully and Porter criteria), the location and stage of aphthous lesions.

The results showed no statistically significant relationship between gender, age, or disease time ($p > 0.05$). It has been demonstrated that the presence of aphthous stomatitis was 41.1%, being smaller in 37.5% and herpetiform in 5.4%. No greater form of lesions was observed. The sites with the highest presence of lesions were the floor of the mouth (37.5%), the lips (33.3%) and the vestibular mucosa (12.5%). On the other hand, the mean serum urea concentration was 135.02 ± 39.83 mg / dl. It was concluded that there is no relationship between the presence of aphthous stomatitis and the serum concentration of urea in adults with chronic renal failure treated with dialysis.

Key words: Foot and mouth stomatitis; uremia; chronic kidney disease

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 15

1.1 Descripción de la realidad problemática 15

1.2 Formulación del problema 16

1.3 Objetivos de la investigación 17

1.4 Justificación de la investigación 18

1.4.1 Importancia de la investigación 18

1.4.2 Viabilidad de la investigación 19

1.5 Limitaciones de la investigación 19

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 20

2.1 Antecedentes de la investigación 20

2.2 Bases teóricas 23

2.3 Definición de términos básicos 37

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	39
3.1 Formulación de hipótesis principal y derivada	39
3.2 Variables, dimensiones e indicadores; definición	
Conceptual y operacional	40
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	41
4.1 Diseño metodológico	41
4.2 Diseño muestral	41
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	43
4.4 Técnicas de procesamiento de la información	47
4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	47
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	48
5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos	48
5.2 Análisis inferencial	62
5.3 Contrastación de hipótesis	62
5.4 Discusión	63

CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	70
FUENTES DE INFORMACIÓN	71
ANEXOS	76
ANEXO N°1	77
ANEXO N°2	78
ANEXO N°3	79
ANEXO N°4	80
ANEXO N°5	81
ANEXO N°6	86
ANEXO N°7	102

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla n° 1: Relación entre la estomatitis aftosa y la uremia en pacientes con insuficiencia renal sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio- Agosto del 2016.	51
Tabla n° 2: Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Río Branco” en el período julio- agosto del 2016, según género.	53
Tabla n° 3: Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Río Branco” en el período julio- agosto del 2016, según edad.	55
Tabla n° 4: Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica según el tiempo de enfermedad, sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Río Branco” en el período Julio-agosto del 2016.	57

Tabla n° 5: Concentración sérica de úrea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Rio Branco” en el período julio-agosto del 2016, según el género. 59

Tabla n° 6: Concentración sérica de úrea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Rio Branco” en el período julio-agosto del 2016, según la edad. 61

Tabla n° 7: Concentración sérica de úrea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Rio Branco” en el período julio-agosto del 2016, según el tiempo de enfermedad. 63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico n° 1: Relación entre la estomatitis aftosa y la uremia en pacientes con insuficiencia renal sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio- Agosto del 2016.	52
Gráfico n° 2: Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Río Branco” en el período julio- agosto del 2016, según género.	54
Gráfico n° 3: Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Río Branco” en el período julio- agosto del 2016, según edad.	56
Gráfico n° 4: Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica según el tiempo de enfermedad, sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Río Branco” en el período Julio-agosto del 2016.	58
Gráfico n° 5: Concentración sérica de úrea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la clínica hemodiálisis “Rio Branco” en el período julio-agosto del 2016, según el género.	60

Gráfico n° 6: Concentración sérica de úrea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Río Branco” en le periodo julio-agosto del 2016, según la edad.

62

Gráfico n° 7: Concentración sérica de úrea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Río Branco” en le periodo julio-agosto del 2016, según el tiempo de enfermedad.

64

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) se considera actualmente un problema importante de salud pública en muchos países.

Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2015 la ERC es una de las afecciones más graves a nivel mundial y en las últimas dos décadas presentó un aumento de prevalencia en su fase terminal en toda Latinoamérica.

La insuficiencia renal crónica muchas veces va de la mano con otras afecciones sistémicas tales como la hipertensión arterial, diabetes mellitus y otras. Al ser una enfermedad progresiva e irreversible cuando llega a su fase terminal (enfermedad renal crónica terminal o ERCT) necesita un tratamiento de sustitución de la función renal mediante la hemodiálisis. Estos pacientes debido al compromiso sistémico que se produce por su enfermedad y al tratamiento que reciben ya sean medicamentos o diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal) trae consigo diferentes manifestaciones en todo el organismo entre ellas las manifestaciones bucales afectando tejidos blandos, tejidos duros y glándulas salivales.

Es por esto que el presente trabajo pretende determinar cuál es la relación entre la uremia, como hallazgo evidente de la ERCT, y la presencia de estomatitis aftosa en pacientes con enfermedad renal crónica terminal atendidos en una clínica de hemodiálisis local.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica se ha incrementado con el tiempo, debido a que se encuentra asociada a diferentes patologías sistémicas crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, entre otras. En la etapa final de la enfermedad, lleva al paciente a la hemodiálisis, empeorando su calidad de vida y provocando muchas consecuencias en distintas partes del organismo, como en la cavidad bucal, siendo una de las manifestaciones tempranas la halitosis caracterizado por altas concentraciones de urea, así como también otras manifestaciones bucales como xerostomía, periodontitis, hiperplasia gingival, equimosis, glositis y estomatitis urémica.

El término de estomatitis urémica se acuñó a partir de la identificación de lesiones ulcerosas en mucosa oral de aquellos pacientes a los que se les realizaba diálisis por causa de la enfermedad renal crónica que sufrían. Sin embargo, no existe evidencia adecuada que asocie estas lesiones con la enfermedad en sí, o con el tratamiento recibido, tanto farmacológico como por diálisis.

Es por esto que el presente trabajo pretende saber cuál es la relación entre la uremia y la presencia de estomatitis aftosa en pacientes con enfermedad renal crónica terminal atendidos en una clínica de diálisis local.

1.2 Formulación del problema

Problema Principal

- ¿Qué relación existe entre la presencia de estomatitis aftosa y la uremia en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en Julio-Agosto del 2016?

Problemas Específicos

- ¿Cuál es la presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según género?
- ¿Cuál es la presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según edad?
- ¿Cuál es la relación entre la presencia de estomatitis aftosa y el tiempo enfermedad de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016? ¿Cuál es la concentración sérica de urea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según el género?
- ¿Cuál es la concentración sérica de urea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según la edad?

- ¿Cuál es la relación entre la concentración sérica de urea y el tiempo de enfermedad que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según el tiempo de enfermedad?

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo General

- Determinar la relación entre la presencia de estomatitis aftosa y la uremia en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016.

Objetivos Específicos

- Establecer la presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según género.
- Establecer la presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según edad.
- Definir la relación que existe entre la presencia de estomatitis aftosa y el tiempo de enfermedad que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016.
- Evaluar la concentración sérica de urea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según el género.

- Evaluar la concentración sérica de urea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según la edad.
- Describir la relación que existe entre la concentración sérica de urea y el tiempo de enfermedad que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según el tiempo de enfermedad.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

La identificación de los signos y síntomas orales para cada enfermedad sistémica ha sido motivo de muchos textos y estudios. Esto se debe a la importancia que tiene, no solo para conocer las complicaciones orales de cada entidad patológica, sino también para que el odontólogo pueda aproximar un diagnóstico de acuerdo a lo que observa clínicamente. Hay una gran cantidad de pacientes con enfermedad renal crónica en estadio terminal que precisan de hemodiálisis. Es importante entonces reconocer al ser humano como un sistema complejo compuesto de sistemas menores en armonía homeostática, por lo que la alteración de uno de ellos, podría alterar otro de manera directa o indirecta.

En el caso particular de la mucosa oral, es conocido que la mucosa de revestimiento, por la falta de queratina, es propensa a sufrir de lesiones ulcerosas, ya sea por pérdida del epitelio o por el retraso o inhibición de la reproducción y migración de las células queratósicas. Ya algunos estudios han reportado ello, pero de acuerdo al diagnóstico final. Sin embargo, poco se ha hablado de la correlación con la concentración de

desechos nitrogenados en sangre, los que dependen directamente de la presencia de úrea, lo que es el motivo del presente estudio.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

El presente estudio es viable por el acercamiento del investigador a la población de estudio, teniendo amplia experiencia en el manejo de pacientes con enfermedad renal crónica terminal que estén siendo dializados. Además, el investigador contó con los recursos necesarios para la ejecución del estudio, no precisando de un investigador asistente para la revisión clínico de los pacientes.

Por otro lado, se contó con las historias clínicas de cada uno de los pacientes, las que registran la concentración de urea del último chequeo, la que se registra como parte del protocolo de control del paciente dializado.

1.5 Limitaciones de la investigación

Las limitaciones en el presente estudio están relacionadas con la falta de literatura sobre el tema, así como el limitado conocimiento sobre el manejo de los pacientes con enfermedad renal crónica en el consultorio dental, considerando principalmente el tema farmacológico más que el semiológico o patológico.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

A. Antecedentes Internacionales

- **Morales P. y Matus S. (2013)** realizaron una investigación con el objetivo principal de conocer a través de parámetros clínicos el estado bucal de pacientes en espera de trasplante renal y trasplantados renales del Hospital Regional de Talca tratados con hemodiálisis. Se analizaron 32 pacientes, provenientes de la región del Maule, (25 en espera de trasplante renal y 7 trasplantados renales), registrados en la unidad de Diálisis y Nefrología. Los resultados obtenidos muestran que ambos grupos presentan medidas en el control de placa y técnicas de higiene oral precarias. En cuanto al CPOD los pacientes en pretrasplante 22 tenían caries, 20 presentaron obturaciones, 21 habían perdido entre 1 y 20 dientes. Los trasplantados 5 presentaron caries, 6 presentaron obturaciones, y todos habían perdido alguna pieza dentaria. Todos los pacientes necesitaban algún tipo de tratamiento periodontal. El 28% de los pacientes en pre trasplante presentaron alteraciones de mucosas, siendo la más prevalente la estomatitis aftosa; y el 71.5% de los trasplantados, siendo las más prevalentes el agrandamiento gingival y la estomatitis aftosa. De las alteraciones de la mucosa, 50% correspondieron a estomatitis aftosa, no habiendo diferencia según género in edad. En conclusión ambos grupos presentan lesiones orales que deben ser tratadas, aunque no se puede establecer si los tratamientos recibidos (diálisis o trasplante) han afectado la progresión, ya que no hay registros del estado inicial de los pacientes³.

- **Calderón M. (2013)** realizó un estudio con el fin de determinar la prevalencia de manifestaciones bucales en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento

de hemodiálisis, tratados en el centro de diálisis “NEFROLOGY”, en el periodo diciembre 2012- enero 2013. Para ello realizó una investigación descriptiva transversal, con 87 pacientes a los cuales se aplicó una ficha de recolección de datos adecuada para este estudio. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17.0. Los resultados determinaron que el 94%, que corresponden a 82 pacientes, presentó al menos una manifestación clínica, siendo las más prevalentes la palidez de la mucosa, xerostomía y sabor y olor urémico. La prevalencia de estomatitis urémica fue de 1,2%, sin que haya diferencia significativa por edad y género. Las estructuras anatómicas con mayor presencia de manifestaciones fueron: Los rebordes alveolares y/o encías, mucosa yugal y paladar duro y/o blando. El autor concluyó que la gran mayoría de pacientes (más del 90%) que padecen de insuficiencia renal crónica a tratados con hemodiálisis presentan manifestaciones bucales que se relacionan con la patología de base, de allí que la participación del odontólogo radica en la detección de patologías orales y las medidas de prevención que permitirán mejorar la función, estética, y confort y de esta manera elevar el autoestima y la calidad de vida de los pacientes.⁴

Gomes y *et. al* (2014) realizaron un estudio con el propósito de conocer la presencia de estomatitis aftosa en un grupo de pacientes del Hospital de Sao Paulo de las diferentes especialidades. Luego de hacer la revisión oral de 377 pacientes, de los 69 que presentaron enfermedad renal crónica (ERCT), 13 (18,8%) presentaron estomatitis aftosa, sin que haya diferencia por género ni edad. La concentración sérica de desechos nitrogenados (BUN) de los pacientes con ERCT fue de 13,34±3,87 mg/dl, siendo mayor significativamente en mujeres que en hombres. Los autores

concluyeron que la presencia de lesiones orales en pacientes con ERCT es muy frecuente y que los odontólogos deben estar preparados para su reconocimiento.⁵

• **De la Rosa E et. al. (2014)** realizaron un estudio con el fin de evaluar los signos, síntomas y los tipos y prevalencia de lesiones orales en pacientes diabéticos con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), y compararlo con hallazgos análogos en pacientes sin ERCT, además de analizarlo con la presencia de manifestaciones orales y con hallazgos de laboratorio. El grupo poblacional A se encontraba en diálisis, y el grupo B no. Se les realizó un examen oral y las asociaciones fueron analizadas mediante la prueba de Chi cuadrado, prueba exacta de Fisher y odds ratio (OR). Las edades, el tiempo de diálisis y los resultados de laboratorio fueron comparados utilizando el análisis de T de Student. De los 229 individuos examinados, 99 pertenecieron al grupo A y 130 al grupo B. La prevalencia de signos y síntomas orales fue significativamente ($p < 0,001$) mayor en el grupo A (77,8%), siendo el más frecuente el fotor urémico (48,5%). Las lesiones también fueron significativamente más frecuentes en el grupo A ($p < 0,001$), siendo los labios secos la más prevalente. 5% de los pacientes del grupo A presentaron estomatitis urémica, mientras que ninguno del grupo B la presentó. El promedio de uremia para el grupo A fue de 122 ± 54 mg/dl de sangre, no habiendo asociación entre éste y la presencia de lesiones orales. Los autores concluyeron que los pacientes diabéticos con ERCT tuvieron una prevalencia de signos, síntomas y lesiones orales significativamente mayor que aquellos que no la sufrían.⁶

Udayakumar P. et. al. (2015) realizaron un estudio con el fin de evaluar la prevalencia de problemas dermatológicos en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC)

tratados con hemodiálisis. Cien pacientes con ERC fueron examinados para observar cambios en la piel y mucosas. Los resultados mostraron que 82% de los pacientes sufrían algún problema dérmico, siendo la xerosis la más prevalente (79%). En el caso de la mucosa oral, los cambios incluyeron macroglosia (35%), xerostomía (31%), estomatitis aftosa (29%), queilitis angular (12%) y fetor urémico (8%). Los autores concluyeron que la ERC está relacionada con la presencia de varias lesiones cutáneas y de mucosa. ⁷

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Insuficiencia renal

La misión fundamental del riñón es la de estabilizar el volumen y las características fisicoquímicas del líquido extracelular, e indirectamente del comportamiento intracelular, mediante la formación de orina. Para ello, el riñón conserva el agua y los solutos presentes normalmente en el organismo; conserva los electrolitos de los fluidos del mismo, fundamentalmente potasio, sodio, cloruros, y bicarbonato; elimina el exceso de agua, electrolitos y solutos procedentes de la ingesta, y elimina los productos metabólicos de desecho (urea, creatinina e hidrogeniones) o los productos tóxicos que puedan haber penetrado en el organismo.⁸

El riñón también contribuye al equilibrio hormonal del organismo como órgano productor de hormonas, cumpliendo, así, una función endocrina. Es responsable de la producción de la eritropoyetina, renina, angiotensina II, prostaglandina, calicreina y cinina, y es activador de 1,25 hidroxicolecalciferol (vitamina D), además de eliminarlos de la circulación sistémica mediante su catabolismo, sobre todo en las de tipo peptídico. ⁸

Una de las patologías más importantes que afectan todo el sistema renal es la insuficiencia renal, como el resultado del deterioro lento, progresivo e irreversible de las funciones renales por la destrucción de las nefronas, las cuales son las unidades funcionales del riñón, dando como consecuencia una reducción del filtrado glomerular, ocasionando una gran cantidad de productos nitrogenados, entre otros en la sangre.⁹

La insuficiencia renal crónica, se define como la reducción importante y permanente de la tasa de filtración glomerular. Cuando la (TFG) ha descendido a una tercera parte de su valor normal (TFG<30-40 ml/min) se desarrolla una insuficiencia renal progresiva que conduce lentamente al síndrome urémico y a la enfermedad renal terminal.¹⁰

La enfermedad renal crónica terminal es el último estadio de este mal donde ha ocurrido la pérdida irreversible de la función renal con una magnitud suficiente para que el paciente dependa en forma constante del tratamiento sustitutivo renal: diálisis o trasplante, con el fin de controlar o revertir, según sea la terapia sustitutiva, la uremia que pone en peligro su vida.

La ERCT es un problema de salud pública mundial, con una tasa de incidencia y prevalencia crecientes, datos epidemiológicos demuestran que la incidencia incrementa con la edad, como también existen datos que varían según la raza: en los Estados Unidos de Norteamérica la prevalencia es 4,13 veces mayor en afrodescendientes que en caucásicos, 1,93 veces mayor que en nativo americanos, 2,51 veces mayor que en asiáticos y 2,08 veces mayor que en hispanos. ¹

2.2.1.1 Uremia

La uremia es la concentración de los desechos nitrogenados representados por la urea, en sangre. La urea es un residuo de la descomposición de las proteínas y por lo tanto está directamente relacionada con la cantidad de proteínas que ingiere una persona. Normalmente, los riñones filtran la urea de la sangre, pero en una enfermedad renal crónica la cantidad de urea filtrada es menor y aumenta en la sangre. El nivel normal en sangre es inferior a 40 mg/dl. ¹²

2.2.1.2 Etiología

La diabetes mellitus encabeza la etiología de esta enfermedad, presente en el 40-60% de todos los pacientes con Enfermedad Renal Crónica que progresan a enfermedad renal crónica terminal, seguida por la hipertensión arterial que afecta al 15-30%, la glomerulonefritis primarias y secundarias 10% y 3.2% poliquistosis renal, también puede darse por enfermedades inmunológicas como el lupus eritematoso sistémico y alteraciones neoplásicas. ¹¹

2.2.1.3 Diagnóstico

Para determinar la presencia de esta enfermedad debemos considerar la historia clínica y las pruebas de laboratorio. La hipertensión arterial es una de las complicaciones frecuentes. Puede aparecer en estadios tempranos de la enfermedad. Independientemente de la edad del paciente. Este es debido a una hiperlipemia con hipertrigliceridemia que se da junto a la calcificación vascular inducida por el hiperparatiroidismo de la propia enfermedad y sobre todo, por la hipertensión arterial.

También pueden presentar problemas hematológicos, y anemia debido a la incapacidad del riñón para producir eritropoyetina, y la aparición de hemorragias por la alteración cualitativa de las plaquetas, hiperpigmentación de la piel que adopta un color amarillo-marrónáceo producto de la retención de pigmentos de tipo carotenoide que se excretan normalmente por el riñón. El aparato digestivo se afecta presentándose náuseas, vómitos, anorexia e incluso gastroenteritis y úlcera péptica. En la insuficiencia renal tardía son comunes las inflamaciones gastrointestinales como gastritis, duodenitis y esofagitis ¹⁰

2.2.1.4 Signos y síntomas

La enfermedad renal crónica afecta a la mayoría de los de los sistemas y los signos clínicos dependen del estadio de la falla renal y los sistemas involucrados. El conjunto de signos y síntomas son comúnmente llamados uremia, las primeras manifestaciones se relacionan con aumento en la cantidad de productos nitrogenados en la sangre, disminución en la concentración de orina y comienzos de anemia. Una vez producida la falla renal, se manifiesta con acidosis metabólica, aumento de los valores plasmáticos de sodio y potasio, retención y acumulación de productos tóxicos del metabolismo y disminución de las funciones endocrinas y metabólicas del riñón, que conducen al estadio final de la enfermedad renal.

Las manifestaciones más importantes de la ERCT a nivel de los distintos sistemas del organismo son:

- **Linfohemático:** es frecuente hallar anemia normocrómica y normocítica, consecuencia de la menor producción renal de eritropoyetina. Adhesión y agregación anormal de las plaquetas, defectos cualitativos en el factor Von

Willebrand y anomalía de tromboxano y prostaciclina, con el consiguiente riesgo hemorrágico y formación de hematomas.

- **Cardiovascular:** se presenta falla cardíaca congestiva, hipertensión pulmonar, pericarditis debido a la acumulación de desechos nitrogenados que forma un exudado fibrinoso en el pericardio, arritmias y edema periférico; sin embargo la hipertensión arterial es la complicación más común por retención de sodio, activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona e hipervolemia.
- **Inmunológico:** la elevación de la uremia suprime la respuesta linfocitaria, produce disfunción de los granulocitos y disminución de la inmunidad celular, acortando la vida de éstos. Esta alteración predispone a los enfermos renales a infecciones de diversos orígenes.
- **Urinario:** disminución del volumen de orina, densidad igual a la del plasma o más baja y daño tubular que ocasiona orina oscura y/o con espuma.
- **Respiratorio:** acidosis respiratoria caracterizada por elevación de la presión parcial de dióxido de carbono debida a hipoventilación, elevación variable de la concentración plasmática de bicarbonato como respuesta compensadora, y tendencia a la disminución del pH arterial; además se puede presentar neumonitis urémica: edema y congestión pulmonar, debido a hipervolemia e insuficiencia cardíaca coexistente.
- **Nervioso:** se puede observar en etapas tardías de la enfermedad la encefalopatía urémica, cuyos síntomas iniciales al sistema nervioso central son aquellos asociados con la depresión de la actividad cerebral, manifestada por trastornos cognoscitivos y mentales: apatía, fatiga, confusión, disminución de la atención, pérdida de la memoria, disminución de la capacidad intelectual, cefalea, disminución de la agudeza visual, entre otros.

- **Digestivo:** pueden presentar anorexia, hipo, náuseas, vómitos debido a las altas concentraciones de úrea. Además, estreñimiento, diarrea, hemorragia digestiva secundaria a las alteraciones de la coagulación.
- **Dermatológico:** la manifestación más frecuente es el prurito generalizado por la microcristalización del calcio y fosfatos en los pacientes en el estado final de la enfermedad. También palidez de la piel y mucosas debido a la anemia y la hiperpigmentación como consecuencia de la retención de pigmentos del tipo caroteno y uróchromos.
- **Endocrino-metabólico:** se puede observar osteodistrofia renal (ODR) también conocida como osteodistrofia urémica (debida al hiperparatiroidismo secundario), que relaciona a todas las variedades de enfermedades esqueléticas que aparecen como consecuencia de la ERCT y del tratamiento sustitutivo de la función renal que en ella pueden ocurrir, en grado variable, todas las lesiones óseas de origen metabólico. Las manifestaciones clínicas incluyen fracturas, dolor óseo, cambios cosméticos y calcificaciones articulares. También se puede observar disminución de la libido, disfunción eréctil en hombres e infertilidad en las mujeres. ^{13, 14}

2.2.2 Complicaciones orales

Según Rossi y col. más del 90 % de los pacientes con afección renal presentan signos y síntomas orales de la enfermedad, uno de los principales síntomas que se presenta es el fetor urémico debido a una mayor concentración de urea en la saliva y su posterior metabolismo a amonio. ¹⁵

Además, los pacientes con ERC sufren signos y síntomas bucales, que afectan tanto al hueso como a los tejidos blandos, sin embargo estos no son patognomónicos ni determinantes de la enfermedad. Entre ellos podemos mencionar: ¹⁶

- **La disgeusia y cacogeusia** que resulta del aumento en la concentración de urea en la saliva debido a bacterias que la metabolizan y transforman en amoníaco es la causa en algunos pacientes sensación de macroglosia.
- **La xerostomía**, por efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos, y el menor consumo de agua, posible alteración de las glándulas salivales, y respiración bucal, aumentando el riesgo de sufrir enfermedad periodontal.
- Palidez de la mucosa bucal debido a la anemia, que puede enmascarar patologías como gingivitis e incluso periodontitis.
- **Estomatitis urémica**, de la cual se han descrito cuatro tipos: eritemo-pultácea, ulcerosa, hemorrágica e hiperparaqueratósica (coexistente con candidiasis). Las lesiones son muy dolorosas, a menudo aparecen en la superficie ventral de la lengua y en la mucosa anterior. Estas lesiones son resistentes al tratamiento siempre y cuando la uremia sea elevada, una vez resuelto este estado remiten espontáneamente dentro de 2 a 3 semanas.
- Sangrado gingival, petequias y equimosis, resultado de la disfunción plaquetaria, trombocitopenia y tromboastenia o ambas, así como también los efectos de los anticoagulantes en pacientes sometidos a hemodiálisis.
- **Inflamación gingival**: Existe cierta controversia en la literatura en relación a este punto ya que algunos estudios reportan baja incidencia de gingivitis la cual se explica en términos de la supresión inmunológica y la uremia, que inhiben la inflamación gingival en respuesta a la acumulación de placa, mientras que otros estudios informan lo contrario. ¹⁷
- **Hiperplasia gingival** inducida por la ciclosporina, que se utiliza en los pacientes trasplantados y/o antagonistas del calcio (nifedipino, amlodipino, diltiazem, verapamilo, entre otros), que pueden ser administrados en pacientes con ERC

tanto en prediálisis y durante la diálisis, siendo ésta más grave en niños y adolescentes que en adultos. ¹⁸

- **Obliteración de la pulpa**, posiblemente relacionado con las alteraciones en el metabolismo del calcio y fósforo dando origen a calcificaciones pulpares prominentes.
- **Disminución de la prevalencia de caries**: se ha observado en diversos estudios atribuido a un efecto protector por parte de la urea la cual aumenta el pH salival, que inhibe el crecimiento de bacterias y neutraliza la acidez del producto del metabolismo de las mismas.

2.2.3 Estomatitis aftosa

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por aparición de brotes de lesiones aftosas en la mucosa bucal. Clínicamente se presentan como lesiones únicas o múltiples, casi siempre pequeñas (menores de 0.5 cm), poco profundas, erosivas, dolorosas, de aparición súbita, inicialmente necróticas y de carácter recidivante. ¹⁹

En la fase temprana se desarrolla una mácula roja sobre la mucosa que se rompe en 24 horas y es reemplazada rápidamente por una úlcera amarillenta con márgenes rojos que persisten hasta que la base se hace de color rosado, sin que intervenga ninguna fase vesicular. ²⁰

Las lesiones pueden persistir por días o semanas, curan sin cicatrización ni evidencia de su existencia previa y la recurrencia ocurre después de períodos de remisión de variable duración. ¹⁹

La EAR puede aparecer en cualquier parte de la mucosa bucal, estudios realizados por diversos autores coinciden en la alta ocurrencia de esta afección, aportando cifras de un 5 a un 66% con una media de 20%, variando entre distintos tipos de población. Está demostrado que no guarda relación con la ubicación geográfica ni tiene predilección por la raza, no obstante hay autores que coinciden que esta afección es más frecuente en individuos de la raza negra y los países árabes.

Se presenta en ambos sexos, las mujeres generalmente son más susceptibles que los hombres. Ninguna edad está exenta de padecerla y está demostrado es la afección que con mayor frecuencia aparece en la mucosa bucal de los niños a partir de los 10 años y en los adolescentes de 19 a 20 años.²¹

2.2.3.1 Etiología

La etiopatogenia de la enfermedad no es totalmente conocida. Se citan factores genéticos e infecciosos bacterianos como estreptococos.¹⁹ También en el curso de la tuberculosis o de la sífilis se desarrollan microorganismos que determinan alteraciones inmunológicas generales o locales en las células de Langerhans de la mucosa bucal. La etiología viral y la autoinmune quizás sean las que hayan sido motivo de mayores investigaciones y controversias que todavía continúan, aunque actualmente la teoría viral tiene mayores adeptos. Virus como el citomegalovirus, herpes virus o varicela zóster o micóticos como la *Candida albicans* y también la histoplasmosis.²²

Se ha descrito que las personas con déficit de hierro, ácido fólico, cinc, y vitaminas del complejo B, podrían tener una mayor predisposición a la aparición de aftas. Este

hecho habrá que tenerlo en cuenta en el manejo de las anemias ferropénicas que se dan frecuentemente en el sexo femenino. Otros estados patológicos generales que pueden ser causa de déficit de minerales y vitaminas son la neutropenia, las leucosis, la mal absorción intestinal, la malnutrición, las dietas inadecuadas y la enfermedad de Crohn, entre otras, así como con la alergia alimentaria o traumatismos locales. Puede verse la enfermedad asociada a otros factores neuroendocrinos como el stress o la menstruación. Paradójicamente el hábito de fumar parece ejercer un efecto protector sobre la aparición de las aftas. ²³

Se ha comprobado la existencia de un ambiente familiar en la aparición de las aftas, aunque no ha podido demostrarse un patrón de herencia definido. Existen evidencias acerca de la asociación de la enfermedad con la presencia de determinadas moléculas del sistema principal de histocompatibilidad. ²⁴

2.2.3.2 Patogenia

Se considera la EAR una enfermedad multifactorial, o sea, desencadenada por múltiples factores precipitantes, que unidos con un trastorno de la inmunorregulación de la mucosa bucal, favorecen la aparición de las aftas bucales, que según su intensidad y persistencia se convierten en lesiones recurrentes; no obstante, la patogenia de la EAR aún es desconocida. Diversas hipótesis tratan de explicar la génesis de las úlceras, que son el signo patognomónico de la entidad.

Muchos autores señalan que desde el punto de vista genético en la EAR existe una asociación significativa con algunos antígenos de histocompatibilidad (HLA), por ejemplo HLA-B52 y HLA-B44. ²⁵

En la mayoría de las enfermedades de la mucosa bucal están implicados diversos microorganismos, lo que sugiere que la EAR puede ser originada por la presencia de bacterias, virus u hongos, entre otros. Los virus son los agentes infecciosos más estudiados, porque con mayor frecuencia originan y desencadenan respuestas inmunológicas exageradas, que conllevan un desequilibrio entre los mecanismos de defensa y la respuesta inflamatoria en la cavidad bucal, y provocan la aparición de úlceras. ¹⁹

Las infecciones bacterianas constituyen el segundo grupo más frecuentemente implicado en la etiopatogenia de las aftas bucales. Dentro de ellas se destacan la presencia del *Estafilococo mutans* u oral, *Treponema pallidum* (sífilis), la *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea), *Mycobacterium tuberculosis* y bacterias gramnegativas anaeróbicas (*Bacteroides*).

Se reporta que la presencia de estas bacterias generalmente sugiere un estado de inmunodeficiencia primaria o secundaria que altera los mecanismos de defensa, facilita la proliferación bacteriana y altera la microflora normal de la cavidad bucal.

Las infecciones micóticas actualmente ocupan un papel destacado en la génesis de la EAR, especialmente en pacientes inmunodeprimidos. Dentro de las principales infecciones se reportan la candidiasis (*Cándida albicans*), las producidas por *criptococcus*, la histoplasmosis, *aspergillus* y la micormicosis; estas últimas son las más raras. ²⁶

2.2.3.3 Clínica

Las úlceras aparecen como una lesión de color amarillo o blanco en los estadios iniciales. El borde de la úlcera está bien definido con un halo de eritema marginal pero la forma puede volverse irregular a medida que la úlcera cicatriza. Algunos pacientes experimentan pródromos de escozor o dolor antes de la aparición de las ulceraciones, lo cual representa una ventaja práctica para el establecimiento de una terapéutica precoz. Desde el punto de vista clínico puede presentarse la enfermedad en tres tipos de variedades: forma menor, forma mayor o forma herpetiforme, las que se diferencian por las características clínicas de las lesiones y su tamaño.

La existencia de aftas herpetiforme no es aceptada por todos como una entidad aparte, llamándose así solo por la apariencia clínica que sugiere una etiología viral, la cual realmente no está demostrada.²²

Por sus características clínicas y diámetro de las lesiones se ha clasificado en:

a) Aftas menores: Es la forma más frecuente de la enfermedad, aproximadamente el 80% de todas las EAR y se caracteriza por la aparición de una o varias úlceras, de forma redondeada u ovalada, generalmente menores de 5 mm de diámetro, poco profundas, cubiertas por una pseudomembrana blanquecina grisácea debido a necrosis y rodeada de un halo eritematoso ligeramente elevado. Se acompaña de dolor sin ninguna otra sintomatología general y cicatrizan de 10 a 14 días sin dejar ninguna secuela. Las localizaciones más habituales son la mucosa oral no queratinizada como la mucosa labial, fondo del vestíbulo, suelo de boca, punta y bordes laterales de la lengua; siendo mucho más rara encontrarla en mucosa queratinizada como encías, dorso lingual o paladar duro. Las recurrencias de los

brotos pueden variar mucho de un paciente a otro pero, en general, se espacian cada 3 ó 4 meses. ²⁷

b) Aftas mayores: Es frecuente, también se le nombra Periadentitis, mucosa recurrente necrótica o enfermedad de Sutton.¹⁹ Representa aproximadamente el 10% de todas las EAR y la forma más severa. Se caracteriza por la aparición de entre 1 y 10 úlceras de gran tamaño, generalmente mayores de 1 cm. De diámetro, redondeadas u ovaladas, pero que pueden adoptar formas irregulares. El fondo es más profundo que en las aftas menores. Pueden aparecer en los mismos que las lesiones de la forma menor, pero tienen una especial predilección por la mucosa labial, el paladar blando y el istmo de las fauces. El dolor que producen es intenso y puede acompañarse de otros síntomas secundarios como disfagia o disfonía. ²⁷

c) Aftas herpetiforme: Son muy pequeñas, de 2 a 3 mm, pueden aparecer en forma de racimos distribuidos en toda la cavidad bucal, son más comunes en mujeres en edades avanzadas. Es la menos frecuente de los tres tipos. Esta variedad constituye el 10% de todas las formas de EAR. Se reconoce por la presencia de numerosas úlceras (desde 10 a 100 o incluso más), muy dolorosas, sin predilección por ningún lugar de la mucosa bucal y tienden a unirse produciendo úlceras mayores de forma irregular. Su aspecto clínico es semejante a las lesiones producidas en la infecciones por virus herpes, de ahí su nombre. ²⁸

Su existencia no es aceptada por todos los autores como una entidad aparte llamándose así solo por la a aparición clínica de sus úlceras, lo que sugiere una etiología viral, la cual no está demostrada. ²⁹

2.2.3 Estomatitis urémica

Se han descrito cuatro tipos eritemo pultácea, ulcerosa, hemorrágica e hiperparaqueratósica (coexistente con candidiasis). Las lesiones son muy dolorosas a menudo aparecen en la zona ventral de la lengua y en la mucosa anterior, estas lesiones son resistentes al tratamiento siempre y cuando la uremia sea elevada, una vez resuelto remiten espontáneamente dentro de 2 a 3 semanas.¹¹

La presencia de urea salival y los niveles de nitrógeno úrico en la sangre (BUN) se correlacionan entre sí. Una elevación del BUM puede generar una estomatitis urémica que se caracteriza por la presencia de una mucosa enrojecida cubierta por una delgada pseudomembrana. Esta estomatitis desaparece cuando el BUN recupera sus valores normales ³⁰

Se ha reportado que el acúmulo de amonio podría irritar la mucosa oral resultando en glositis y estomatitis; y estos cambios en la mucosa podrían ser solo una fase de un generalizado deterioro de la mucosa. ³¹

Barles ha clasificado la estomatitis urémica en dos tipos:

Tipo I: Tiene una forma eritemopapulácea que se manifiesta inicialmente como un engrosamiento rojizo de la mucosa bucal, luego con un exudado gris espeso, pastoso y pegajoso; y por último la aparición de pseudomembranas que cubren las mucosas de la cavidad oral. Esto puede ir acompañado de dolor, halitosis, xerostomía, sensación de ardor y dolor, infección por cándida y disgeusia.

Tipo II: Es similar al tipo I pero incluye una pérdida de la integridad de la mucosa con gran ulceraciones. Las úlceras pueden ser superficiales o profundas y frecuentemente afectan las encías.³²

2.3 Definición de términos básicos

- **Afta:** Úlcera o llaga abierta y dolorosa en la boca. Las aftas son de color blanco o amarillo y están rodeadas por un área roja y brillante. No son cancerosas.³³
- **Disgeusia:** Síntoma semiológico que denota alguna alteración en la percepción relacionada con el sentido del gusto. El término "disgeusia" se considera incorrecto. La disgeusia comporta un cambio perceptivo del sabor de los alimentos y bebidas.³⁴
- **Encía:** Fibromucosa formada por tejido conectivo denso con una cubierta de epitelio escamoso queratinizado que cubre los procesos alveolares y rodea a los dientes.³⁵
- **Estomatitis:** Es una infección viral de la boca que ocasiona úlceras e inflamación. Estas úlceras bucales no son lo mismo que las aftas, las cuales son causadas por un virus.³³
- **Herpetiforme:** Lesión en forma de vesículas agrupadas, como en el caso del herpes simple, varicela zoster, varicela y dermatitis herpetiforme. Es una erupción cutánea extremadamente pruriginosa compuesta de protuberancias y ampollas. La erupción es crónica (a largo plazo), lo que significa que continúa durante un período de tiempo prolongado.³³
- **Insuficiencia renal:** Condición producida cuando los riñones no son capaces de filtrar adecuadamente las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre.³³

- **Orina:** Secreción líquida de color amarillo que es secretada por los riñones como resultado de la depuración y el filtrado de la sangre; se acumula en la vejiga y se expulsa por la uretra.³³
- **Osteodistrofia:** Conjunto de diversas alteraciones óseas que se observan en pacientes con insuficiencia renal.³⁶
- **Periodonto:** conjunto de tejidos que conforman el órgano de sostén y protección de la pieza dentaria.³⁷
- **Úlcera:** Lesión que aparece en la piel o en el tejido de las mucosas a causa de una pérdida de epitelio y que no tiende a la cicatrización.³³
- **Úrea:** Compuesto químico cristalino e incoloro; de fórmula $\text{CO}(\text{NH}_2)_2$. Se encuentra abundantemente en la orina y en la materia fecal.³³
- **Uremia:** Concentración de urea en la sangre. También se refiere al síndrome clínico debido a una acumulación en la sangre de sustancias nitrogenadas que normalmente se eliminan por la orina y que se produce a causa de una insuficiencia renal.³³

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivada

Hi: La presencia de estomatitis aftosa está relacionada con la uremia en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016.

Ho: La presencia de estomatitis aftosa no está relacionada con la uremia en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016.

3.2 Variables; dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional

Variables principales

- **Presencia de estomatitis:** Presencia de lesiones aftosas en la mucosa evaluada.
- **Uremia:** Concentración de urea en sangre medida en mg/dl.

Covariables

- **Género:** Característica sexual diferencial del individuo.
- **Edad:** Grupo etario al que pertenece el individuo.
- **Tiempo de enfermedad:** Tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la actualidad

❖ **Definición operacional**

Variables	Dimensiones	Escala de medición	Valores
Presencia de estomatitis aftosa	Prevalencia	Nominal dicotómica	Presente Ausente
	Tipo (Scully y Porter)	Nominal politómica	Forma mayor Forma menor Forma herpetiforme
	Ubicación	Nominal politómica	Generalizada Piso de boca Carrillos Mucosa vestibular Paladar blando Orofaringe
	Estadio	Ordinal	Inicial Ulcerativa En remisión
Uremia	Concentración sérica de úrea	Razón continua	mg/dl
Edad	Grupo etario	Nominal politómica	18-27 28-37 38-47 48-57 58-67 Más de 67
Género	Sexo	Nominal dicotómico	Masculino Femenino
Tiempo de enfermedad	Años diagnosticada de la enfermedad	Ordinal	< 6 meses 6 m -1 año 1 – 5 años 5 – 10 años > 10 años

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Tipo y Nivel de la investigación

- **Tipo de investigación:** El estudio fue de tipo observacional.
- **Nivel de investigación:** El estudio fue de tipo aplicativo.

Método y Diseño de la Investigación

- **Método de la investigación:** El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, ya que el investigador se limitó a recolectar los datos y se presentó de manera fidedigna, sin intervenir en los resultados.
- **Diseño de investigación:** No experimental, transversal ya que los datos se tomó una sola vez, en la misma población, con el mismo instrumento.

4.2 Diseño muestral

Población

- La población estuvo conformada por 384 individuos con insuficiencia renal crónica terminal atendidos en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en los meses de Julio y Agosto del 2016, haciendo un total de 113 que cumplían con los criterios de selección.

Criterios de selección:

- Pacientes diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica Terminal.
- Pacientes tratados con hemodiálisis.
- Pacientes que consientan formar parte del estudio.

- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes que no refieran otras enfermedades sistémicas diagnosticadas.
- Pacientes que no presenten enfermedades mentales diagnosticadas.
- Pacientes que no sean portadores de aparatos ortodónticos.
- Pacientes cuya historia clínica contenga su último conteo de concentración de urea en sangre, el que no deberá ser mayor de 15 días.

MUESTRA

La muestra del estudio estuvo constituida por 113 pacientes, un grupo representativo de la población. El cálculo se basó en la siguiente fórmula:

$$n^{\circ} = \frac{Z^2 * Pq}{e^2} \qquad n' = \frac{n^{\circ}}{1 + \frac{(n^{\circ} - 1)}{N}}$$

Dónde:

n: es el tamaño de la muestra; **N** = tamaño de la población; **Z**= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%); **e**= límite de error = 0.05; **p** = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5); **q** = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)

Desarrollo de la fórmula:

$$n^{\circ} = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} = \frac{3.84 * 0.25}{0.0025} = 384$$

$$n' = \frac{384}{1 + \frac{(384-1)}{162}} = \frac{384}{1 + \frac{383}{162}} = 113$$

Luego de aplicar la fórmula mediante la aplicación señalada, se determinó un número muestral de 113 pacientes, los que fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple.

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

4.3.1 Técnicas

Solicitud de carta de presentación

Se solicitó a la Directora de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas una carta de presentación dirigida al Director Médico de la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” para la recolección de los datos. **(ANEXO N°1)**

Coordinación con el personal de la clínica de hemodiálisis

El investigador se presentó al Director de la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” haciendo conocer el proyecto de investigación, solicitando su permiso para la recolección de datos. **(ANEXO N°2)**. Una vez aprobada la solicitud, se coordinó con el personal de atención de la clínica, así como el acceso a las historias clínicas. Se

coordinó además los horarios más adecuados para el examen clínico de los pacientes que acuden para el servicio de hemodiálisis.

Consentimiento informado

Se presentó al paciente el Consentimiento Informado, **(ANEXO N°3)** donde se le detalló el propósito de la investigación y el procedimiento donde éste estuvo involucrado. También se le explicó que los datos eran anónimos y que los resultados no tendrían relación alguna con la atención que reciba en la clínica. Además, el consentimiento informado no tiene ningún dato que relacione éste a la ficha de recolección de datos. **(ANEXO N°4)**

Toma de datos de historia clínica

Luego de la selección de los pacientes, se tomaron las historias clínicas, de donde se recolectaron datos demográficos, como la edad y género, y luego se tomó el último valor de la prueba de urea en sangre en mg/dl, el que fue registrado en la ficha de recolección de datos. **(ANEXO N°4)**

Toma de datos clínicos

Para el análisis clínico se revisó solo la mucosa de revestimiento, en las siguientes zonas:

- Mucosa vestibular
- Piso de boca
- Zona ventral y lateral de la lengua
- Paladar blando
- Carrillos

El diagnóstico diferencial de la estomatitis aftosa, se realizó siguiendo la tipología de Scully y Porter³⁸.

- **Forma menor:** Se reconocen una o varias úlceras de forma redondeada u ovalada, generalmente menores de 5 mm de diámetro, poco profundas, cubiertas por una pseudomembrana blanquecina grisácea y rodeada de un halo eritematoso ligeramente elevado. Se acompaña de dolor sin ninguna otra sintomatología general.
- **Forma mayor:** Aparición de entre 1 y 10 úlceras de gran tamaño, generalmente mayores de 1 cm. de diámetro, redondeadas u ovaladas pero que, si adquieren tamaño más grande, pueden adoptar formas irregulares. El fondo es más profundo que en las aftas menores. Pueden aparecer en los mismos lugares que las lesiones de la forma menor, pero tienen especial predilección por la mucosa labial, paladar blando y el istmo de las fauces. El dolor que producen es intenso y puede acompañarse de otros síntomas secundarios como disfagia y disfonía.
- **Forma herpetiforme:** Se reconoce por la presencia de numerosas úlceras (desde 10 hasta 100 o incluso más), de pequeño tamaño, entre 1 y 3 mm, muy dolorosas, en cualquier lugar de la cavidad oral y que tienden a unirse produciendo úlceras mayores de forma irregular.
- Luego de la identificación de las lesiones, se registraron los hallazgos en la ficha de recolección de datos.

4.3.2 Instrumento de recolección de datos

Se elaboró una ficha de recolección de datos que registró lo observado por el investigador. (ANEXO N°4)

Contiene los datos básicos como son:

- Número de la historia clínica, correspondiente al paciente dializado.
- Edad del paciente
- Género del paciente
- Tiempo de enfermedad
- Concentración de urea en sangre según su historia clínica.

Además contiene datos propios de las variables de estudio

Presencia de estomatitis aftosa, que incluye:

- *Tipo según criterios de Scully y Porter³⁸*
- *Ubicación de la lesión*
- *Estadio de la lesión*

Implicaciones éticas

La presente investigación se encuentra enmarcada en los principios de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptando los valores representados en el Reporte Belmont ³³

El estudio está enmarcado dentro de los principios básicos éticos para investigación en seres humanos. El Respeto, está reflejado en el uso del Consentimiento Informado, en el que se informará al sujeto sobre la técnica a ser utilizada, el propósito del estudio, la voluntariedad de su ingreso, y también de su retiro, si así lo quisiera,

sin ninguna consecuencia negativa. El costo beneficio será positivo ya que la recolección de datos fue solamente mediante una encuesta, sin perturbar la hora de trabajo de odontólogo, además de ser los datos registrados en su propio consultorio, lo que respetó los tiempos el encuestado. La muestra del estudio fue aleatorizada, teniendo toda la población la misma oportunidad de formar parte de la investigación. El autor declara no tener ningún conflicto de interés con el presente trabajo de investigación.

4.4 Técnicas de procesamiento de la información

Terminado el proceso de selección de la población de estudio y obteniéndose la muestra final, se registró de forma ordenada los datos de interés en la ficha de recolección de datos, según la operacionalización de variables. Los datos fueron registrados y tabulados en una hoja de cálculo (Microsoft Excel 2013), para el análisis correspondiente.

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Para la presentación de resultados se utilizaron tablas de distribución de frecuencia y de contingencia, acompañadas de gráficos de sectores y barras. Se tomaron las medidas de tendencia central y dispersión para la Concentración de Urea en Sangre. Para el análisis de las relaciones de variables, se tomará la Prueba de Chi cuadrado para observar las relaciones entre las variables categóricas y la prueba de T de Student, en el caso de variables dicotómicas y el Análisis de Varianza en el caso de politómicas, para relacionar a éstas con la variable cuantitativa. Cuando el análisis presente relación significativa, se realizará una prueba pareada, en este caso una prueba post-hoc de Tukey.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos

Luego de realizar la recolección de los datos a la población de estudio, se obtuvieron los siguientes resultados

Tabla N°1

Relación entre la presencia de estomatitis aftosa y la uremia en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo Julio – Agosto 2016.

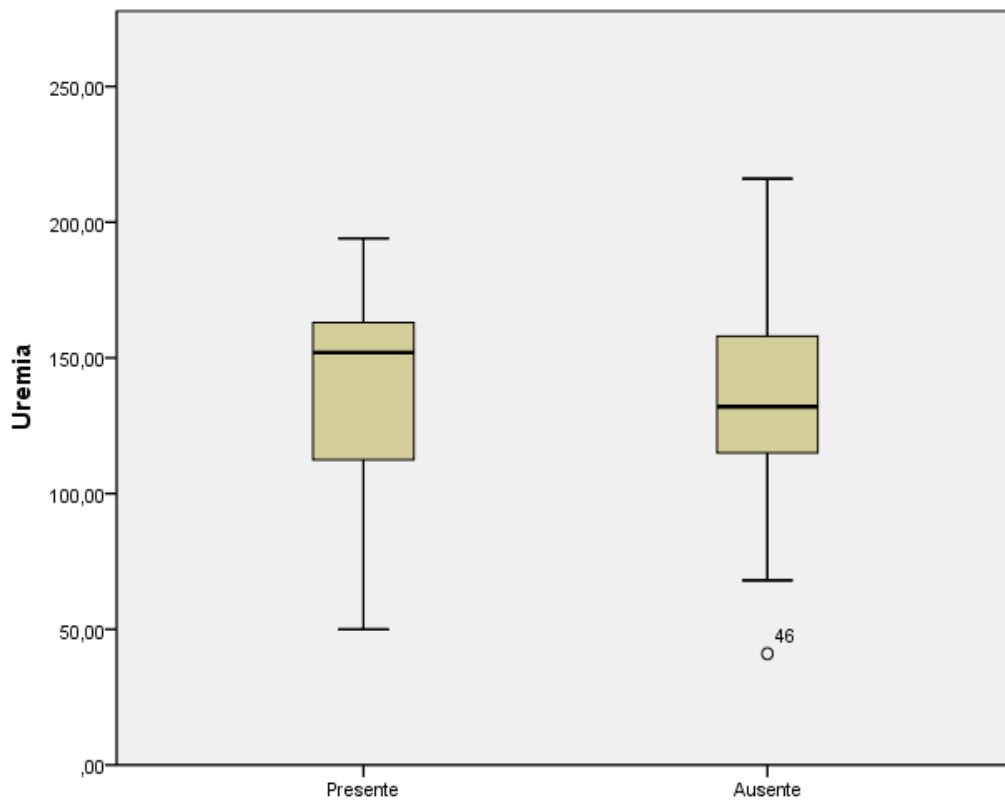
		Uremia		
		Media	DE	Valor p
Prevalencia de estomatitis aftosa	Presente	138,04	37,37	0,481
	Ausente	132,91	41,89	

Fuente: elaboración propia del investigador

En los casos de estomatitis aftosa se presentó una uremia promedio de 138,04±37,37 mg/dl, mientras que los casos con ausencia de las lesiones una uremia promedio de 132,91±41,89 mg/dl.

Gráfico N°1

Relación entre la presencia de estomatitis aftosa y la uremia en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo Julio – Agosto 2016.



Presencia de estomatitis aftosa

Tabla N°2

Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio - Agosto del 2016, según género.

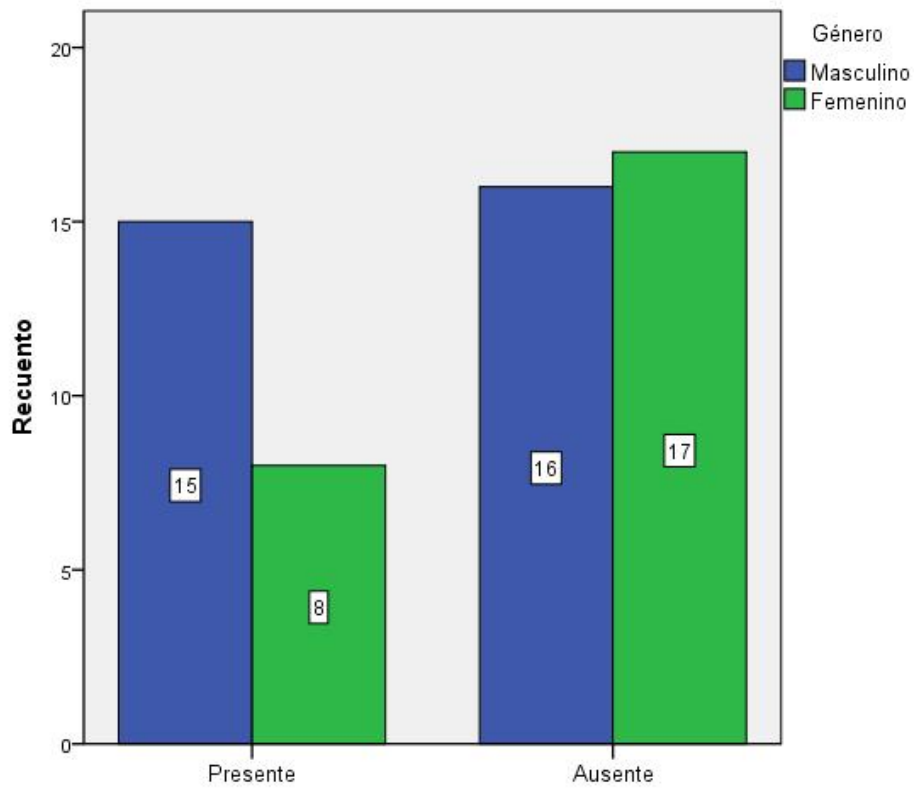
		Género		Valor p
		Masculino	Femenino	
		%	%	
Tipo de estomatitis aftosa	Presente	48,4%	32,0%	0,167
	Ausente	51,6%	64,0%	0,244
	Forma mayor	0%	0%	
	Forma menor	38,7%	36,0%	
	Herpetiforme	9,7%	0%	

Fuente: elaboración propia del investigador

Los hombres presentan estomatitis aftosa de 48,4%, mientras que las mujeres presentan un 32%, no existiendo diferencias significativas entre ambos sexos.

Gráfico N°2

Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio - Agosto del 2016, según género.



Presencia de estomatitis aftosa

Tabla N°3

Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según edad.

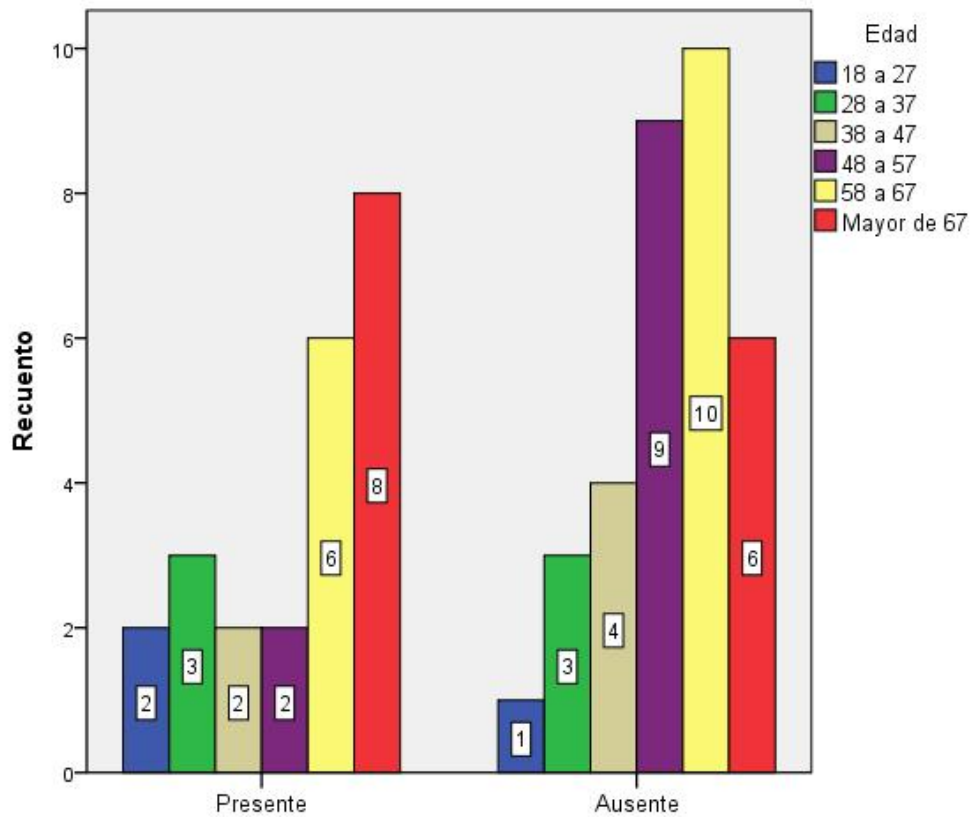
		Edad						Valor p
		18 - 27	28 -37	38 - 47	48 -57	58 -67	> 67	
		%	%	%	%	%	%	
Presencia de estomatitis aftosa.	Presente	66,7%	50,0%	33,3%	18,2%	37,5%	57,1%	0,402
	Ausente	33,3%	50,0%	66,7%	81,8%	62,5%	42,9%	
	Ausente	,0%	50,0%	66,7%	72,7%	62,5%	50,0%	0,458
	Forma mayor	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	
	Forma menor	66,7%	50,0%	33,3%	27,3%	31,3%	42,9%	
	Herpetiforme	33,3%	,0%	,0%	,0%	6,3%	7,1%	

Fuente: elaboración propia del investigador

Los sujetos de 18 a 27 años presentan estomatitis aftosa de 66,7%, los de 48 a 57 años presentan una prevalencia de 18,2%; no existiendo diferencias significativas entre los distintos grupos etarios, de acuerdo a la prueba de chi cuadrado.

Gráfico N°3

Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según edad.



Presencia de estomatitis aftosa

Tabla N°4

Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica según el tiempo de enfermedad, tratados con diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016.

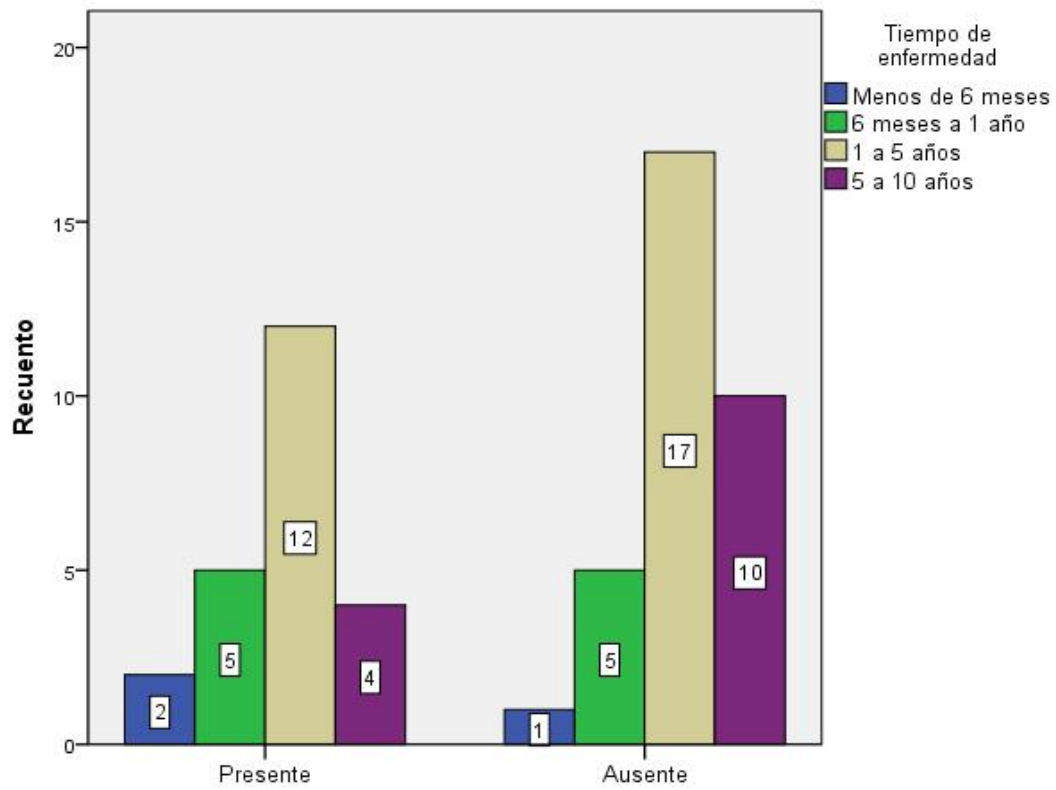
		Tiempo de enfermedad				Valor p
		< 6 meses	6 meses a 1 año	1 a 5 años	5 a 10 años	
		%	%	%	%	
Prevalencia de estomatitis aftosa	Presente	66,7%	50,0%	41,4%	28,6%	0,563
	Ausente	33,3%	50,0%	58,6%	71,4%	

Fuente: elaboración propia del investigador

Los sujetos con menos de 6 meses de enfermedad presentan una prevalencia de estomatitis aftosa de 66,7% y los que tienen de 5 a 10 años de tiempo de enfermedad presentan una prevalencia de 28,6%, no existiendo diferencias significativas entre los distintos grupos, de acuerdo a la prueba de chi cuadrado.

Gráfico N°4

Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica según el tiempo de enfermedad, tratados con diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016.



Presencia de estomatitis aftosa.

Tabla N°5

Concentración sérica de urea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según el género.

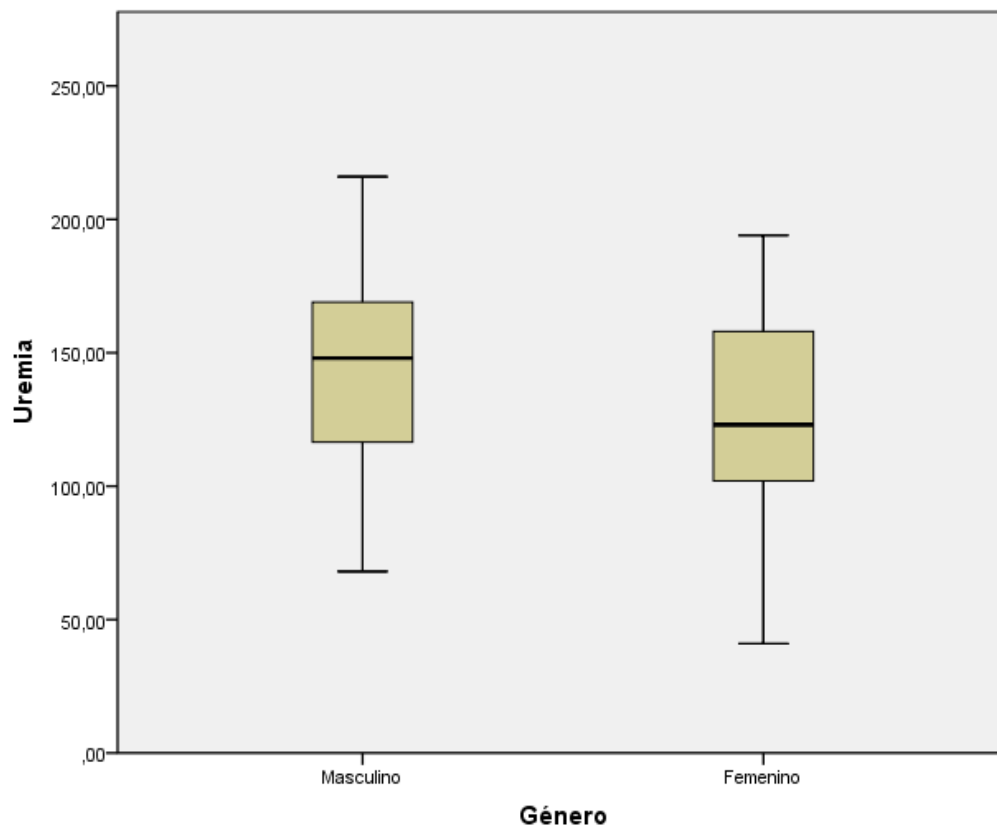
		Uremia		
		Media	DE	Valor p
Género	Masculino	144,10	36,99	0,633
	Femenino	123,76	41,07	

Fuente: elaboración propia

La población de sexo masculino presenta una concentración sérica de urea promedio de 144,1±36,99 mg/dl, mientras que la población de sexo femenino presenta un promedio de 123,76±41,07 mg/dl. De acuerdo a la prueba de T de Student para muestras independientes, no existe diferencia estadísticamente significativa en la concentración sérica de urea entre ambos géneros

Gráfico N°5

Concentración sérica de urea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según el género.



Concentración sérica

Tabla N°6

Concentración sérica de urea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según la edad.

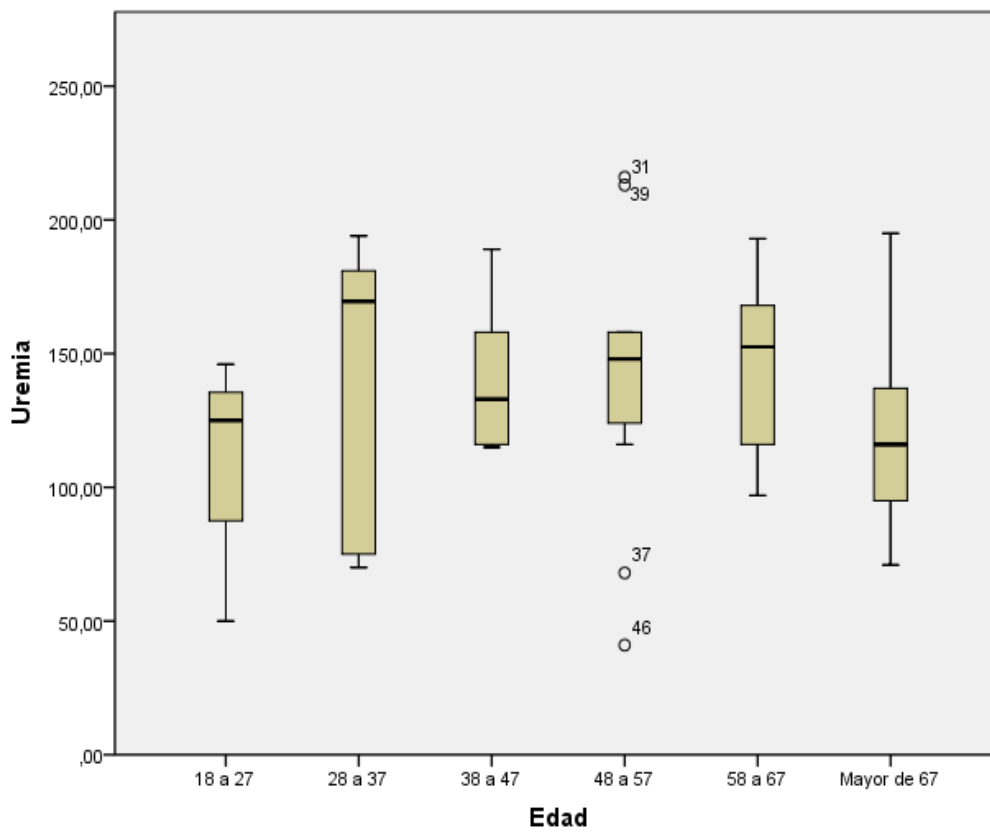
		Uremia		Valor p
		Media	DE	
Edad	18 a 27	107,00	50,47	0,395
	28 a 37	143,17	55,61	
	38 a 47	140,67	29,06	
	48 a 57	140,18	52,55	
	58 a 67	145,25	29,58	
	Mayor de 67	119,36	32,08	

Fuente: elaboración propia

La población de 28 a 37 años presenta un promedio de $143,17 \pm 55,61$ mg/dl y la población mayor de 67 años presenta un promedio de $119,36 \pm 32,08$ mg/dl. De acuerdo al análisis de varianza (ANOVA) de una sola vía, no existe diferencia estadísticamente significativa en la concentración sérica de urea entre los diferentes grupos etarios.

Gráfico N°6

Concentración sérica de urea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según la edad.



Concentración sérica

Tabla N°7

Concentración sérica de urea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según el tiempo de enfermedad.

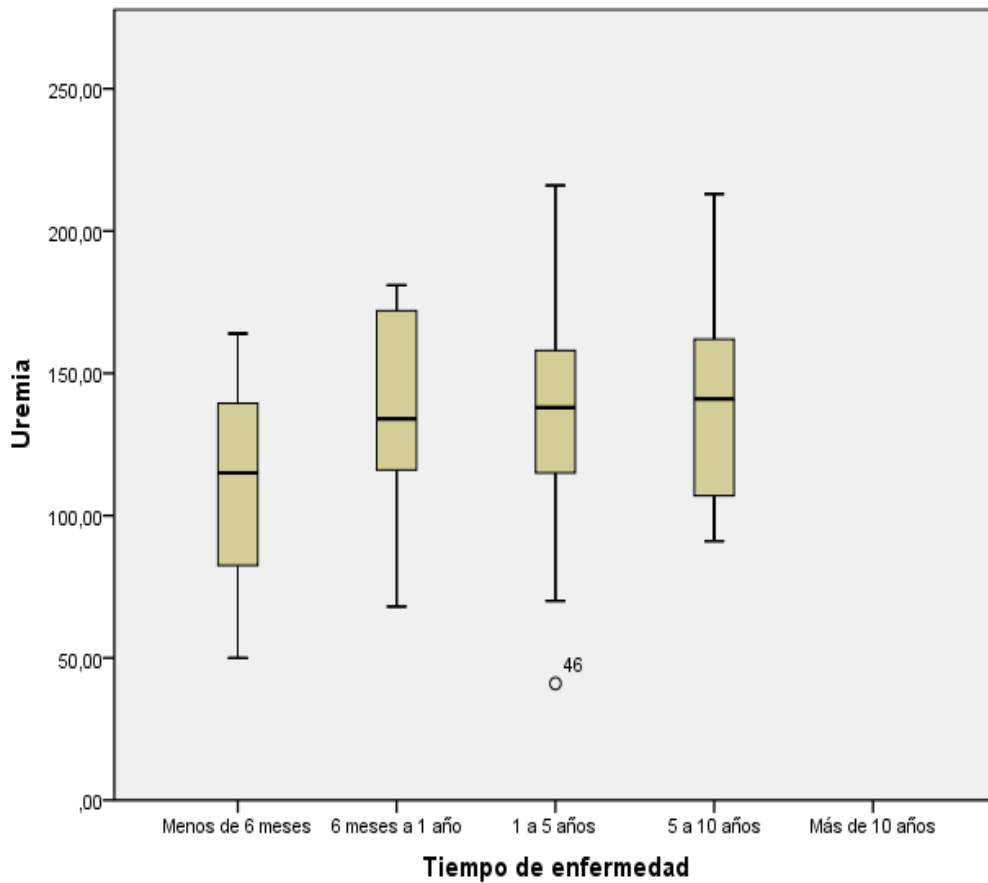
		Uremia		
		Media	DE	Valor p
Tiempo de enfermedad	Menos de 6 meses	109,67	57,19	0,675
	6 meses a 1 año	132,00	40,69	
	1 a 5 años	135,90	40,49	
	5 a 10 años	140,79	36,57	

Fuente: elaboración propia

La población con menos de 6 meses de tiempo de enfermedad presenta una concentración sérica de urea promedio de $109 \pm 57,19$ mg/dl y la población de 5 a 10 años de tiempo de enfermedad presenta un promedio de $140,79 \pm 36,57$ mg/dl. De acuerdo al análisis de varianza (ANOVA) de una sola vía, no existe diferencia estadísticamente significativa en la concentración sérica de urea de acuerdo al tiempo de enfermedad.

Gráfico N°7

Concentración sérica de urea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016, según el tiempo de enfermedad.



5.2 Análisis inferencial

En el presente estudio, se ha utilizado la prueba de T de Student para muestras independientes, para conocer si existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de estomatitis aftosa y la concentración de urea en sangre, en base a la diferencia de sus medias, tomando en cuenta que la variable dependiente es cuantitativa y dicotómica. Se utilizó un nivel de significancia de 0,05.

Para conocer la relación entre la presencia de estomatitis aftosa, de acuerdo a los criterios de Scully y Porter (tanto ubicación, localización y estadio), y la concentración de urea en sangre, se utilizó el análisis de varianza, en base a la diferencia de sus medias, tomando en cuenta que la variable dependiente es cuantitativa y politómica. Se utilizó un nivel de significancia de 0,05.

5.3 Contrastación de hipótesis

Ante las hipótesis:

Hi: La presencia de estomatitis aftosa está relacionada con la uremia en pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016.

Ho: La presencia de estomatitis aftosa no está relacionada con la uremia en pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a diálisis en la clínica de hemodiálisis “Río Branco” en el periodo Julio-Agosto del 2016.

La evidencia obtenida en el presente estudio, al momento de evaluar la relación entre la prevalencia de estomatitis aftosa y la uremia en los pacientes evaluados, aquellos

casos de estomatitis aftosa presentaron una uremia promedio de $138,04 \pm 37,37$ mg/dl, mientras que los casos con ausencia de las lesiones presentaron una uremia promedio de $132,91 \pm 41,89$ mg/dl, no observándose relación estadísticamente significativa entre la presencia de estomatitis aftosa y la concentración de urea en sangre ($p > 0,05$), por lo que se aceptará la hipótesis nula.

5.4 Discusión

La presente investigación tuvo como propósito determinar la relación que existe entre la presencia de estomatitis aftosa y la uremia en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a diálisis.

Los resultados obtenidos demostraron que la prevalencia de estomatitis aftosa fue de 41,1%, siendo de forma menor el 37,5% y herpetiforme 5,4%. No se observó forma mayor de lesiones. Los sitios donde se halló mayor presencia de lesiones fueron el piso de boca (37,5%), los labios (33,3%) y la mucosa vestibular (12,5%). 56,5% de las lesiones se encontraban en remisión, el 26,1% en fase ulcerativa y solo el 17,4% en fase inicial. No se observó relación estadísticamente significativa entre estas características y el género, edad, ni tiempo de enfermedad ($p > 0,05$).

Por otro lado, la concentración sérica de urea promedio fue de $135,02 \pm 39,83$ mg/dl, sin encontrar relación significativa con el género, edad ni tiempo de enfermedad ($p > 0,05$).

Rebolledo My *et. Al*¹ identificaron la prevalencia de lesiones directamente asociadas a enfermedad renal crónica terminal, observando que solo 1,5% de pacientes presentaron estomatitis aftosa, del mismo modo que el estudio de Calderón⁴, que observó una prevalencia de estomatitis urémica de 1,2%; así como en el estudio de

Naranjo, que, si bien observó que 96,27% de estos pacientes tenían alguna lesión oral, solo 3,27% presentaron lo que también llamaron “estomatitis urémica”, o la presencia de lesiones aftosas en mucosa oral; y el estudio de De la Rosa y colaboradores, donde observaron en 5% de la población lesiones por estomatitis aftosa. Sin embargo, el estudio de Morales y Matus³ presentó un sorprendente valor de 50% de prevalencia de estomatitis aftosa en pacientes con enfermedad renal crónica terminal que esperaban trasplante renal, lo que hacía suponer la asociación entre ambas entidades. Así, existen resultados diversos sobre la presencia de lesiones aftosas en pacientes con enfermedad renal crónica terminal, como el estudio de Gomes⁵ *et al*, que observaron una prevalencia de 18,8% y el de Udayakumar⁷ y colaboradores, con una prevalencia de 29%. En el presente estudio se halló que el 41,1% de pacientes con enfermedad renal crónica terminal presentaron estomatitis, en cualquier estadio, lo que se acerca más al estudio de Morales y Martus³.

Por otro lado, la falta de relación entre la prevalencia de lesiones aftosas y el género o la edad en pacientes con enfermedad renal crónica terminal se observa en varios estudios, como en el presente, con algunas variantes diferenciadas. El estudio de Naranjo² muestra diferencia en la prevalencia de estomatitis aftosa entre los diferentes grupos etarios, mas no en el género, mientras que Morales y Matus³ no hallaron relación con ninguna de las dos variables demográficas, así como en los estudios de Calderón⁴ y de Gomes⁵.

Sobre la concentración de urea en sangre, Gomes⁵ *et al*. halla una concentración media de 113,34 mg/dl, siendo mayor en mujeres que en hombres, mientras que De

la Rosa⁶ *et al.* Hallaron una concentración media de 122 mg/dl, ambos menores a lo hallado en el presente estudio (135,02 mg/dl), sin relación con el género ni la edad. Por último, sobre la relación entre la presencia de estomatitis aftosa y la uremia en pacientes con enfermedad renal crónica terminal, solo el estudio de Udayakumar⁷ *et al.* acepta la relación entre la uremia y la presencia de lesiones en mucosa y cutáneas, pero no específicamente en mucosa oral, lo que es similar al presente estudio.

La totalidad de la población de estudio presenta enfermedad renal crónica terminal y están siendo hemodializados. Se debe tomar en cuenta que aquellos pacientes que son hemodializados están expuestos al uso de complementos sanguíneos, como son la heparina y la eritropoyetina, antihipertensivos (de distintas naturalezas) y otros, lo que podría también tener alguna relación con la presencia de lesiones mucosas. Además, se debe tomar en cuenta la falta de potasio con que cuentan ya que se les prohíbe su consumo para evitar la hiperpotasemia, lo que podría tener también repercusión sobre la reproducción celular epitelial de la mucosas, otro de los factores etiológicos de la aparición de lesiones aftosas. Además, mucho de estos pacientes sufren de altos niveles de estrés, lo que podría ser también un factor predisponente de estomatitis aftosa.

La histología de la mucosa oral de revestimiento muestra un epitelio plano estratificado no queratinizado, el que podría queratinizarse en caso se le exponga a microtraumas, como la presencia de elementos ortodóncicos, cambios en las comidas, restauraciones porosas, placas miorelajantes, etc. La falta natural de queratina hace que este epitelio sea fácilmente afectado por cuestiones locales pero también sistémicas, esto sumado a los cambios en la capacidad, tanto de mitosis

como de diferenciación y migración necesarios para la estratificación adecuada de los queratocitos. Es por ello el aumento en la frecuencia de estomatitis aftosa en los pacientes con enfermedades sistémicas. Sin embargo, como se menciona en el párrafo anterior, no existe una razón teórica directa ni clara sobre la etiología de las lesiones aftosas en pacientes con enfermedad renal crónica terminal, lo que se traduce en la falta de relación entre ambas entidades en el presente estudio y otros revisados.

Según la literatura la estomatitis es causada por la acción corrosiva del amoníaco o posiblemente otro metabolito. El amoníaco es producido por una ureasa bacteriana de la urea excretada en la saliva. El nivel salival de urea aumenta notablemente. Sin embargo otros autores encuentran que la estomatitis urémica se desarrolla y persiste, aunque el nivel de urea ha ya ha disminuido. El hecho de que las lesiones descritas como estomatitis urémica se encontrarían sólo en pacientes que han desarrollado insuficiencia renal grave, y no ocurren en estado comatoso o pacientes débiles debido a otras causas, sugiere que el daño inicial es causado por ciertos metabolitos en alta concentración. Las lesiones no se hacen evidentes hasta varios días después y el reemplazo por nueva mucosa sigue solamente varias semanas después de que los niveles sanguíneos de los agentes tóxicos han disminuido, lo que se podría hacer evidente con otros factores, como el sangrado por trombopatía urémica y el uso de fármacos anticoagulantes, la xerostomía asociada con insuficiencia renal, y la función masticatoria reducida en estos pacientes gravemente enfermos. En lo que se refiere al tratamiento general, si el paciente puede ser dializado, no debe posponerse. El paciente está expuesto a muchos peligros si se permite el estado urémico continuar.

Las diálisis deben ser oportunas, lo que reduciría el riesgo a las lesiones, no solo corporales sino también orales.

Si observamos la población del presente estudio, podremos entender la razón por la cual la prevalencia de estomatitis fue menor a la mitad de la población, tomando en cuenta que está siendo dializada actualmente, por lo que disminuye los depósitos de amoníaco y los metabolitos de alta concentración, por lo que, a pesar de presentar el diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal, no necesariamente los signos de alta gravedad de la enfermedad son visibles, ya que estos pacientes se encuentran siendo tratados en forma controlada.

CONCLUSIONES

1. No existe relación entre la presencia de estomatitis aftosa y la uremia en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis en la Clínica "Río Branco" en Julio - Agosto del 2016.
2. La presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis de sexo masculino fue mayor que en el sexo femenino. No existe relación significativa entre el tipo, ubicación y estadio de las lesiones aftosas y el género de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal.
3. En pacientes de 18 a 27 años con insuficiencia renal crónica se observó con mayor recurrencia la presencia de estomatitis aftosa que en pacientes de 48 a 57 años de edad. No existe relación significativa entre el tipo, ubicación y estadio de las lesiones aftosas y la edad de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal.
4. La presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis con menos de 6 meses de enfermedad es mucho mayor que en pacientes con 5 a 10 años de enfermedad la. No existe relación significativa entre el tipo, ubicación y estadio de las lesiones aftosas y el tiempo de la enfermedad de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal.
5. La concentración de urea promedio en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis fue mucho mayor en la población masculina que en la femenina.

6. La concentración promedio de urea fue mayor en el grupo etario de 58 a 67 años, mientras que fue menor en el grupo de 18 a 27 años. No existe relación estadísticamente significativa entre la concentración de urea en sangre y el género ni la edad.

7. La concentración de urea de pacientes con insuficiencia renal tratados con diálisis con menos de 6 meses de tiempo de enfermedad fue mucho menor que en pacientes con 5 a 10 años de enfermedad. No existe relación significativa entre la concentración de urea y el tiempo de la enfermedad de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal.

RECOMENDACIONES

- Realizar posteriores trabajos de investigación con un número mayor de pacientes, aumentando los indicadores.
- Incluir dentro de posteriores investigaciones a otro tipo de lesiones orales de tejido blando. A pesar que en el presente estudio no se halló la relación esperada, es posible que sí suceda con otras entidades.
- Incluir en las historias estomatológicas los controles de los valores séricos de esta población y otras con enfermedades sistémicas.
- Los profesionales odontólogos deben conocer la relación de las enfermedades sistémicas con las lesiones asociadas a ellas.
- Realizar estudios en este tipo de población donde se tomen en cuenta las indicaciones farmacológicas como variables de impacto y el estrés, así como el aspecto nutricional, ya que estos pacientes son sometidos a estrictas dietas por la discapacidad en la filtración y excreción renal.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rebolledo M, Carmona M, Carbonell Z, Díaz A. Salud oral en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados después de la aplicación de un protocolo estomatológico. *Av Odontoestomatol.* 2013 Abr; 28(2): 77-87.
2. Naranjo VI. Lesiones orales en pacientes con insuficiencia renal sometidos a tratamiento de diálisis en el hospital del IESS de la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua, de enero - diciembre 201m [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista]. Ambato: UNIANDES; 2016.
3. Morales PA, Matus S. Análisis del estado bucal de pacientes en pre y post trasplante renal del Hospital Regional de Talca. [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista]. Talca: Universidad de Talca; 2013.
4. Calderón MV. Prevalencia de manifestaciones bucales en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, atendidos en el centro de diálisis “Nefrology”, ubicado en el sector norte de la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, en el periodo diciembre 2012- enero 2013. [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista] Quito: UCE; 2013.
5. Gomes AJ, Ribeiro N, Pires JC. Manifestações orales em pacientes com Insuficiência Renal Crônica Terminal. *Rev Hosp das Clín.* 2014; 59(5): 123-31.
6. De la Rosa-García E, Mondragón-Padilla A, Aranda-Romo S, Bustamante-Ramírez MA. Oral mucosa symptoms, signs and lesions, in end stage renal disease and non-end stage renal disease diabetic patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014;11:E467-73.

7. Udayakumar P, Balasubramanian S, Ramalingam K S, Lakshmi C, Srinivas C R, Mathew AC. Cutaneous manifestations in patients with chronic renal failure on hemodialysis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2015;72:119-25
8. Medrano IE. Estudio de utilización de alfacetoanálogos de aminoácidos en pacientes con insuficiencia renal crónica de la consulta externa del HGZMF no. 1 del IMSS, delegación Hidalgo [Tesis para obtener el título de Licenciado en Farmacia] Pachuca: UAEH; 2007.
9. Young YL, Koda-Kimble MA. *Applied Therapeutics: the clinical use of drugs*. 6° ed. Nueva York: Vancouver; 1995.
10. Lovera K, Delgado E, Berini L, Gay C. El paciente con insuficiencia renal en la práctica odontológica. *RCOE*. 2000; 5(5): 521-31.
11. Cerdeño JA, Rivas N, Tuliano RA. Manejo odontológico del paciente con enfermedad renal crónica terminal: Revisión bibliográfica. *Acta Odontol Venez*. 2013; 51(1).
12. Gutiérrez I, Domínguez A, Acevedo JJ. Fisiopatología del síndrome urémico. *Rev Hosp Gral Dr M Gea Gonzáles*. Ene-Abr 2003; 6(1): 13-24.
13. Alberto G, Zayas R, Fragoso R, Cuairán V, Hernández A. Manejo Estomatológico en pacientes con insuficiencia renal crónica: Presentación de caso. *Revista Odontológica Mexicana*. Sep 2009; 13 (3): 171-6.
14. Rodriguez E, Bluebond-Langner R, Spivak A, Eisig S. Surgical management of maxillofacial uremic osteodystrophy: A case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007; 65: 1825-9.
15. Montero S, Basili A, Castellón L. Manejo odontológico del paciente con insuficiencia renal. *Rev Dental Chile*. 2002; 93(2): 14-8.

16. Jover A, Bagán J, Jiménez Y, Poveda R. Dental management in renal failure: patients on dialysis. *Med Oral Patot Oral Cir Bucal*. Jul 2008; 13 (7): E419-26.
17. Borawski J, Wilczska-Borawska M, Stokowska W, Myliwiec M. The periodontal status of pre-dialysis chronic kidney disease and maintenance dialysis patients. *Oxford Journals Nephrol Dial Transplant*. 2007; 22 (2): 457-67.
18. Lucas V, Roberts G. Oro-dental health in children with chronic failure and renal transplantation: a clinical review. *Pediatr Nephrol*. 2005; 20: 1388-94.
19. Cabrera Cardoso G. Estomatitis Aftosa Recurrente como urgencia periodontal en la Comunidad del Barrio Cementerio, Guanare, Estado Portuguesa. [Trabajo para optar por el título de Máster en Urgencias estomatológicas] Ciudad de La Habana: Facultad de Estomatología; 2007.
20. Ajar AH, Chauvin PJ. Acute Herpetic Gingivoestomatitis in Adults: A Review of 13 Cases, Including Diagnosis and Management. *J Can Dent Assoc* 2002; 68 (4) 247-51.
21. Mc Bride DR. Management of aphthous ulcers. *Am Fam Physician*. Jul 2000; 62(1): 149-54.
22. Miziara ID, Araujo Filho BC, Weber R. AIDS and Recurrent Aphthous Stomatitis. *Rev Bras Otorrinolaringol (Engl Ed)*. 2005 Jul-Aug; 71(4): 517-20.
23. Volkov I, Rudoy I, Abu-Rabia U, Masalha T, Masalha R. Case report: Recurrent aphthous stomatitis responds to vitamin B12 treatment. *Can Fam Physician*. 2005 Jun; 51: 844-5.
24. Soto Araya M, Rojas Alcayaga G, Esguep A. Association Between psychological disorders and the presence of Oral lichen planus, burning mouth syndrome and recurrent aphtous stomatitis. *Med Oral* 2004 Jan-Feb; 9(1):1-7.

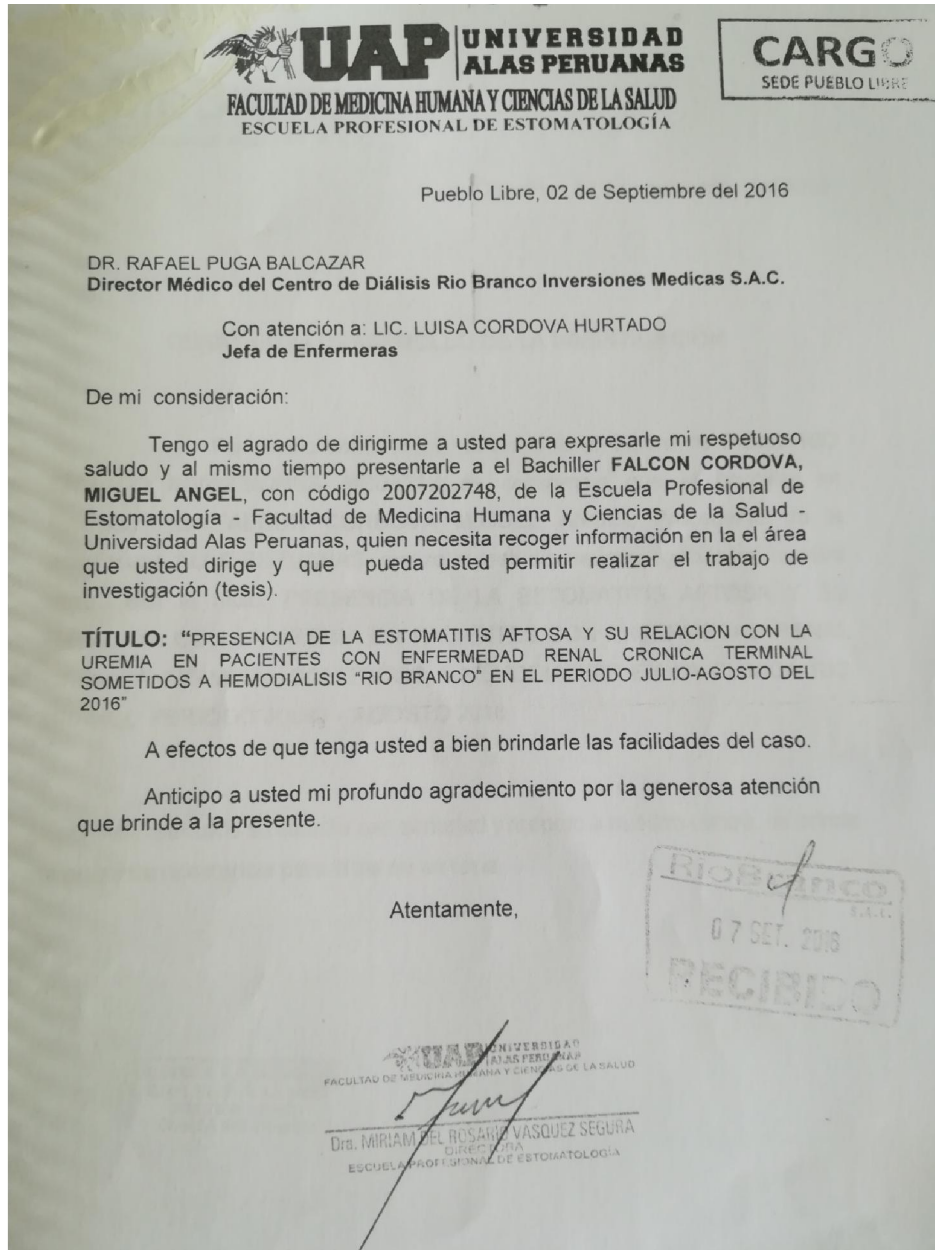
25. Pérez Borrego A, Guntiña Zamora MV. Valoración del estado inmunológico en niños con gingivoestomatitis herpética aguda. *Rev. Cub Estomat* 2002; 39 (1).
26. Glick M. Clinical aspects of recurrent oral herpes simplex virus infection. *Compend Contin Educ Dent*. 2002 Jul; 23(7 Suppl 2):4-8.
27. Pacho Saavedra J A, Piñol Jiménez FN. Estomatitis aftosa recurrente: actualización. *Rev Cub Estomat* 2005; 42 (1).
28. Ajar AH, Chauvin PJ. Acute Herpetic Gingivoestomatitis in Adults: A Review of 13 Cases, Including Diagnosis and Management. *J Can Dent Assoc* 2002; 68 (4) 247-51.
29. Orbak R, Cicek Y, Tezel A, Dogru Y. Effects of zinc treatment in patients with recurrent aphthous stomatitis. *Dent Mater J*. 2003 Mar; 22(1):21-9.
30. Montero S, Basili A, Castellón L. Manejo odontológico del paciente con insuficiencia renal. *Rev Dental Chile*. 2002; 93(2): 14-8.
31. Hong-Seop Kho, Lee SW, Chung SC, Kim YK. Oral manifestations and salivary flow rate, pH, and buffer capacity in patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis. *O Surg Med Pathol Radiol Endod*. 1999; 88(3):316-9.
32. Lecca MP, Ríos K. Manifestaciones orales en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Visión Dental*. Abr-Jun 2013; 16(2).
33. Medline Plus. Información de salud para usted. [Acceso 26 de Enero de 2017] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001480.htm>
34. Medizzine. Portal hispano de medicina, medicamentos y plantas medicinales. [Acceso 26 de Enero de 2017]. Disponible en: <http://www.medizzine.com/pacientes/enfermedades2/disgeusia.php>.

35. Salud. CCM. [Acceso 26 de Enero de 2017]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/8951-encias-definicion>.
36. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. [Acceso 26 de Enero de 2017]. Disponible en: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/osteodistrofia-renal>.
37. Propdental. Partes del periodonto. [Acceso 26 de Enero de 2017]. Disponible en: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/osteodistrofia-renal>
38. López Ilisástigui Alina, Ilisástigui Ortueta C. Zaida Teresa, Pérez Borrego Amparo. Características de la estomatitis aftosa recurrente en pacientes de la Clínica Estomatológica Docente Hermanos Gómez: Municipio 10 de Octubre. Rev haban cienc méd [Internet]. 2009 Nov [citado 2017 Jul19];8(4):.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X200900040013&lng=es.

ANEXOS


ANEXO N °1:

CARTA DE PRESENTACIÓN



ANEXO N°2

CONSTANCIA DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

 **RioBranco**
INVERSIONES MEDICAS S. A. C.

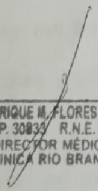
Chorrillos 22 de septiembre del 2016

CONSTANCIA DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Por medio del presente documento el Centro de Diálisis **RIO BRANCO INVERSIONES MÉDICAS** da constancia que el bachiller en Estomatología **FALCON CORDOVA MIGUEL ANGEL** Procedente da la universidad **ALAS PERUANAS**, realizo su estudio de investigación en nuestro centro con el titulo. **PRESENCIA DE LA ESTOMATITIS AFTOSA Y SU RELACION CON LA UREMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA TERMINAL SOMETIDOS A HEMODIALISIS EN LA CLINICA RIO BRANCO PERIODO JULIO – AGOSTO 2016.**

Habiendo realizado su estudio con seriedad y respeto a nuestro centro, se brinda la presente constancia para fines se su tesis.

Ate.


DR. ENRIQUE M. FLORES GALVEZ
C.M.P. 30835 / R.N.E. 14685
DIRECTOR MEDICO
CLINICA RIO BRANCO

ANEXO N° 3



Facultad de medicina humana y ciencias de la salud

Escuela profesional de estomatología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha.....

Yo,.....identificado con
DNI N° he sido informado por el Bachiller Miguel Ángel Falcón
de la Escuela Profesional de Estomatología sobre la ejecución de su estudio, el que
tiene objetivo determinar la relación entre la concentración de urea en sangre y la
presencia de estomatitis aftosa de los adultos atendidos en la Clínica de Hemodiálisis
en el periodo Julio-Agosto del 2016.

El investigador me ha informado de la importancia del tema, así como sobre la
posibilidad de retirarme cuando así lo decida.

Además, se me ha explicado que los resultados obtenidos serán totalmente
confidenciales, y que la ficha de recolección de datos guardará el anonimato de mi
identidad.










Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para formar parte
del presente estudio.

.....

Firma

DNI: _____

ANEXO N°5
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Metodología
<p>Problema principal:</p> <p>¿Existe relación entre la presencia de estomatitis aftosa y la uremia en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en Julio del 2016?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Describir la relación entre la presencia de estomatitis aftosa y la uremia en pacientes con insuficiencia renal crónica en pacientes sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en Julio del 2016.</p>	<p>Hi: La presencia de estomatitis aftosa estará relacionada con la uremia en pacientes con insuficiencia renal crónica en pacientes sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en Julio del 2016</p> <p>Ho: La presencia de estomatitis aftosa no estará relacionada con la uremia en pacientes con insuficiencia renal crónica en pacientes sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en Julio del 2016</p>	<p>Diseño:</p> <ul style="list-style-type: none">  No experimental  Cuantitativo  Descriptivo correlacional  Transversal
<p>Problemas secundarios:</p> <p>PS1: ¿Cuál es la prevalencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en Julio del 2016, según edad y género?</p> <p>PS2: ¿Cuál es la prevalencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en Julio del 2016, según el tiempo de enfermedad?</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <p>OE1: Establecer la prevalencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en Julio del 2016, según edad y género.</p> <p>OE2: Definir la prevalencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en Julio del 2016, según el tiempo de enfermedad.</p>		<p>Variables:</p> <p>Principales:</p> <ul style="list-style-type: none">  Presencia de estomatitis  Uremia <p>Covariables:</p> <ul style="list-style-type: none">  Edad  Género  Tiempo de enfermedad

<p>PS3: ¿Cuál es la concentración sérica de urea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en Julio del 2016, según la edad y género?</p> <p>PS4: ¿Cuál es la concentración sérica de urea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en Julio del 2016, según el tiempo de enfermedad?</p>	<p>OE3: Evaluar la concentración sérica de urea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en Julio del 2016, según la edad y género.</p> <p>OE4: Determinar la concentración sérica de urea que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en Julio del 2016, según el tiempo de enfermedad.</p>		
--	---	--	--

ANEXO N°6

Tabla N°5A

Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según género.

		Género		Valor p
		Masculino	Femenino	
		%	%	
Ubicación de lesión	Piso de boca	33,3%	44,4%	0,383
	Mucosa vestibular	6,7%	22,2%	
	Paladar blando	0%	11,1%	
	Orofaringe	6,7%	0%	
	Labios	40,0%	22,2%	
	Lengua (zona ventral)	13,3%	0%	
Estadio	Inicial	26,7%	0%	0,237
	Ulcerativa	26,7%	25,0%	
	En remisión	46,7%	75,0%	

De acuerdo al tipo de lesión aftosa, 38,7% del total de la población masculina presenta la forma menor de la lesión, mientras que 9,7% presenta la herpetiforme. 36% de la población femenina presenta la forma menor de la lesión. Según la prueba de chi cuadrado, no existe diferencia significativa de la forma de la lesión en ambos géneros.

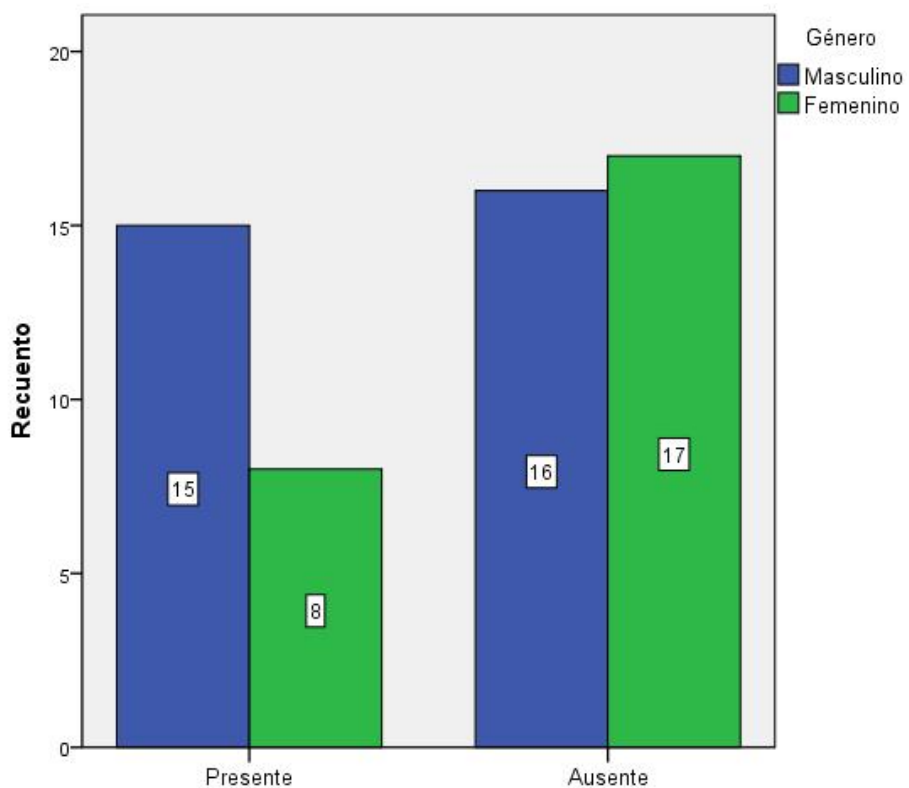
De acuerdo a la ubicación, 33,3% de los hombres con diagnóstico de estomatitis presentan lesiones en piso de boca, 6,7% en mucosa vestibular, 6,7% en orofaringe, 40% en labios y 13,3% en zona ventral de lengua. 44,4% de las mujeres con diagnóstico de estomatitis presentan lesiones en piso de boca, 22,2% en mucosa

vestibular, 11,1% en paladar blando y 22,2% en labios. Según la prueba de chi cuadrado, no existe diferencia significativa de la ubicación de la lesión en ambos géneros.

De acuerdo al estadio, 26,7% de los hombres con diagnóstico de estomatitis presentan lesiones en estadio inicial, 26,7% en estadio ulcerativo y 46,7% en remisión. 25% de las mujeres con diagnóstico de estomatitis presentan lesiones en estadio ulcerativo y 75% en remisión. Según la prueba de chi cuadrado, no existe diferencia significativa del estadio de la lesión en ambos géneros.

Gráfico N°5A

Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según género.



Presencia de estomatitis aftosa

Gráfico N°5B

Presencia de estomatitis aftosa, según los criterios de Scully y Porter, en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según género.

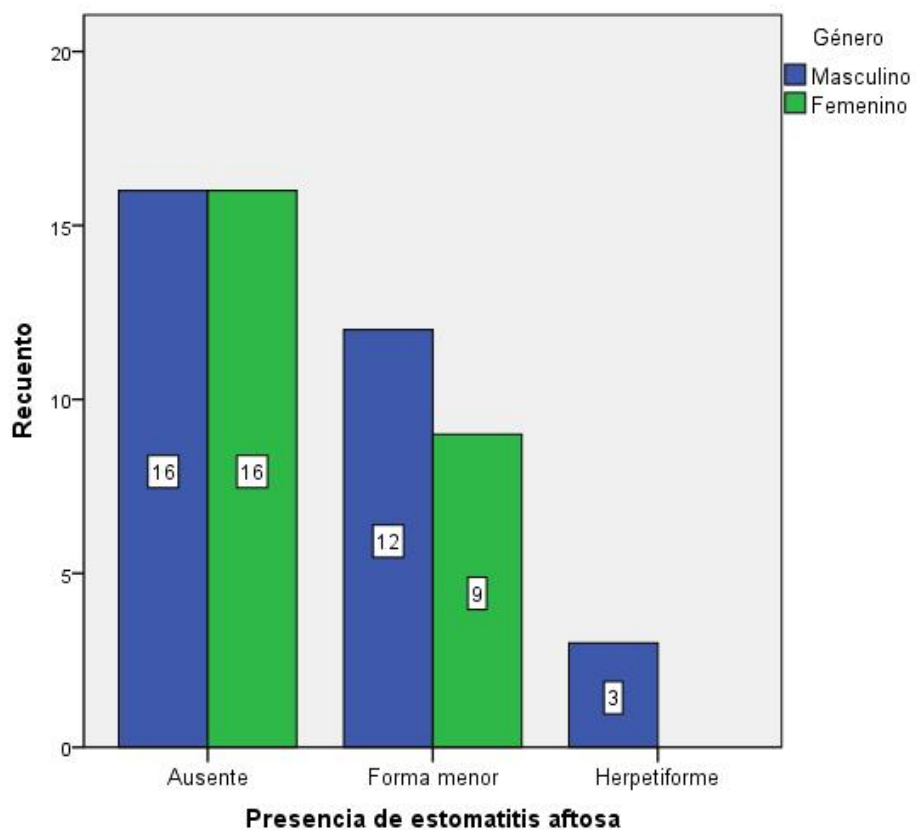


Gráfico N°5C

Ubicación de la lesión aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según género.

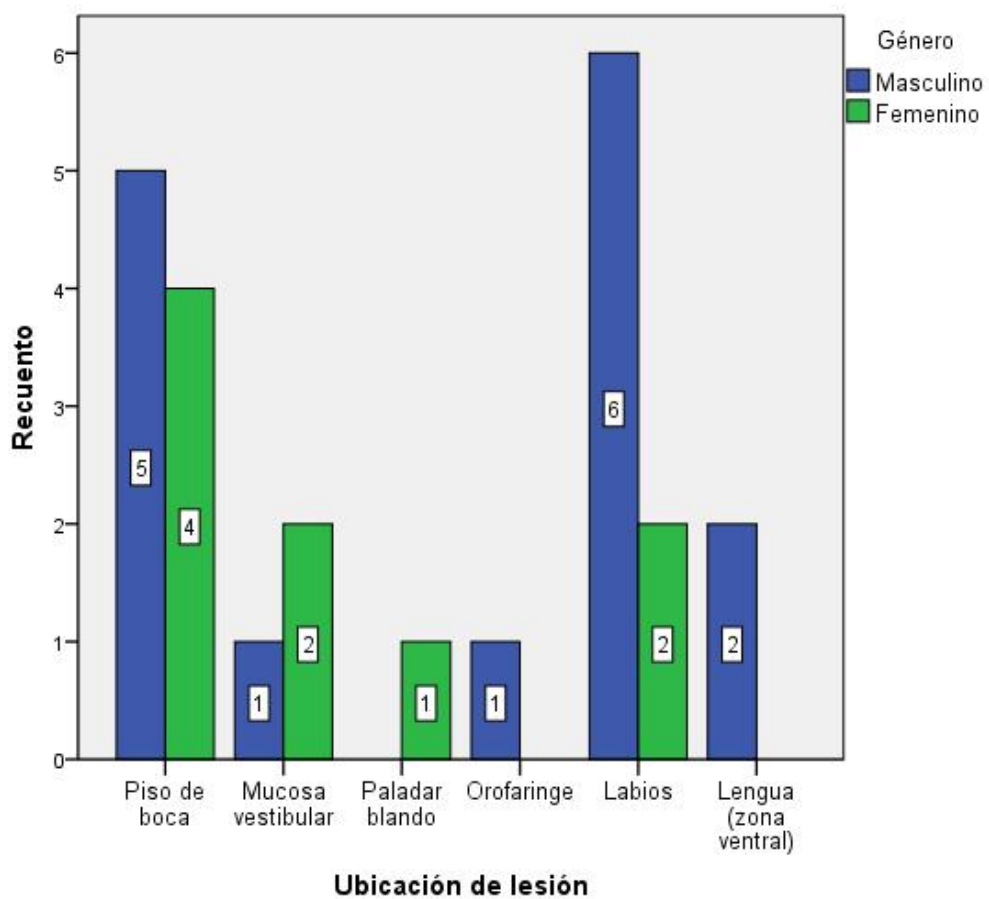


Gráfico N°5D

Estadio de la lesión aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según género.

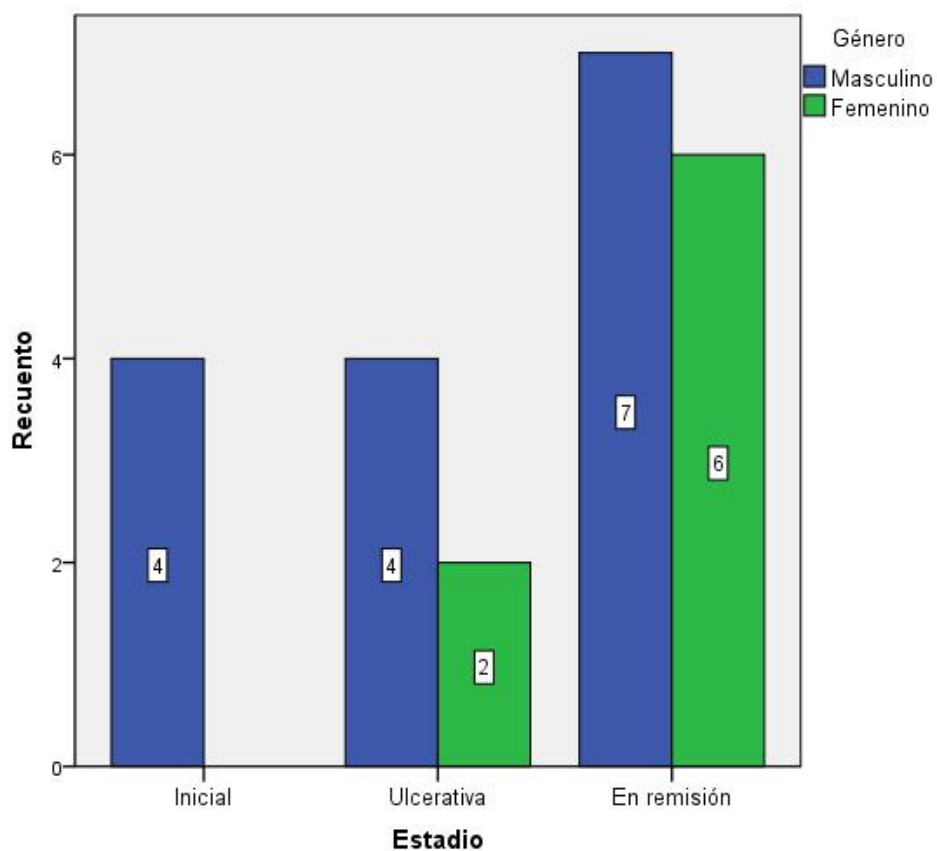


Tabla N°6A

Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según edad.

		Edad						Valor p
		18 - 27	28 -37	38 - 47	48 -57	58 -67	> 67	
		%	%	%	%	%	%	
Ubicación de	Piso de boca	33,3%	66,7%	50,0%	50,0%	16,7%	37,5%	0,886
lesión	Mucosa vestibular	,0%	,0%	50,0%	,0%	16,7%	12,5%	
	Paladar blando	,0%	,0%	,0%	,0%	16,7%	,0%	
	Orofaringe	,0%	,0%	,0%	,0%	16,7%	,0%	
	Labios	66,7%	33,3%	,0%	50,0%	33,3%	25,0%	
	Lengua (zona ventral)	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	25,0%	
Estadio	Inicial	,0%	,0%	,0%	50,0%	33,3%	12,5%	0,066
	Ulcerativa	,0%	33,3%	,0%	,0%	66,7%	12,5%	
	En remisión	100,0%	66,7%	100,0%	50,0%	,0%	75,0%	

Fuente: elaboración propia del investigador

De acuerdo al tipo de lesión aftosa, 66,7% del total de la población de 18 a 27 años presenta la forma menor de la lesión, mientras que 33,3% presenta la herpetiforme. 50% de la población de 28 a 37 años presenta la forma menor. 33,3% de la población de 38 a 47 años presenta la forma menor. 27,3% de la población de 48 a 57 años presenta la forma menor, y 6,3% la herpetiforme. 42,9% de la población mayor de 67 años presenta la forma menor, y 7,1% la herpetiforme. Según la prueba de chi

cuadrado, no existe diferencia significativa de la forma de la lesión entre los diferentes grupos etarios.

De acuerdo a la ubicación, 33,3% de la población de 18 a 27 años con diagnóstico de estomatitis presentan lesiones en piso de boca y 66,7% en labios. 66,7% de la población de 28 a 37 años con diagnóstico de estomatitis presentan lesiones en piso de boca y 33,3% en labios. 50% de la población de 38 a 47 años con diagnóstico de estomatitis presenta lesiones en piso de boca y 50% en mucosa vestibular. 50% de la población de 48 a 57 años con diagnóstico de estomatitis presenta lesiones en piso de boca y 50% en labios. 16,7% de la población de 58 a 67 años con diagnóstico de estomatitis presenta lesiones en piso de boca, 16,7% en mucosa vestibular, 16,7% en paladar blando, 16,7% en orofaringe y 50% en labios. 37,5% de la población mayor de 67 años con diagnóstico de estomatitis presenta lesiones en piso de boca, 12,5% en mucosa vestibular, 25% en labios y 22,2% en zona ventral de lengua. Según la prueba de chi cuadrado, no existe diferencia significativa de la ubicación de la lesión entre los diferentes grupos etarios.

De acuerdo al estadio, 100% de la población de 18 a 27 años con diagnóstico de estomatitis presentan lesiones en remisión. 33,3% de la población de 28 a 37 años con diagnóstico de estomatitis presenta lesiones ulcerativas y 66,7% lesiones en remisión. 100% de la población de 38 a 47 años con diagnóstico de estomatitis presentan lesiones en remisión. 50% de la población de 48 a 57 años con diagnóstico de estomatitis presenta lesiones en estadio inicial y 50% presenta lesiones en remisión. 33,3% de la población de 58 a 67 años con diagnóstico de estomatitis presenta lesiones en estadio inicial y 66,7% lesiones en estadio ulcerativo. 12,5% de

la población mayor de 67 años con diagnóstico de estomatitis presenta lesiones en estadio inicial, 12,5% lesiones en estadio ulcerativo y 75% lesiones en remisión. Según la prueba de Kruskal Wallis, no existe diferencia significativa del estadio de la lesión entre los diferentes grupos etarios.

Gráfico N°6A

Presencia de estomatitis aftosa, de acuerdo a su prevalencia, en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según edad.

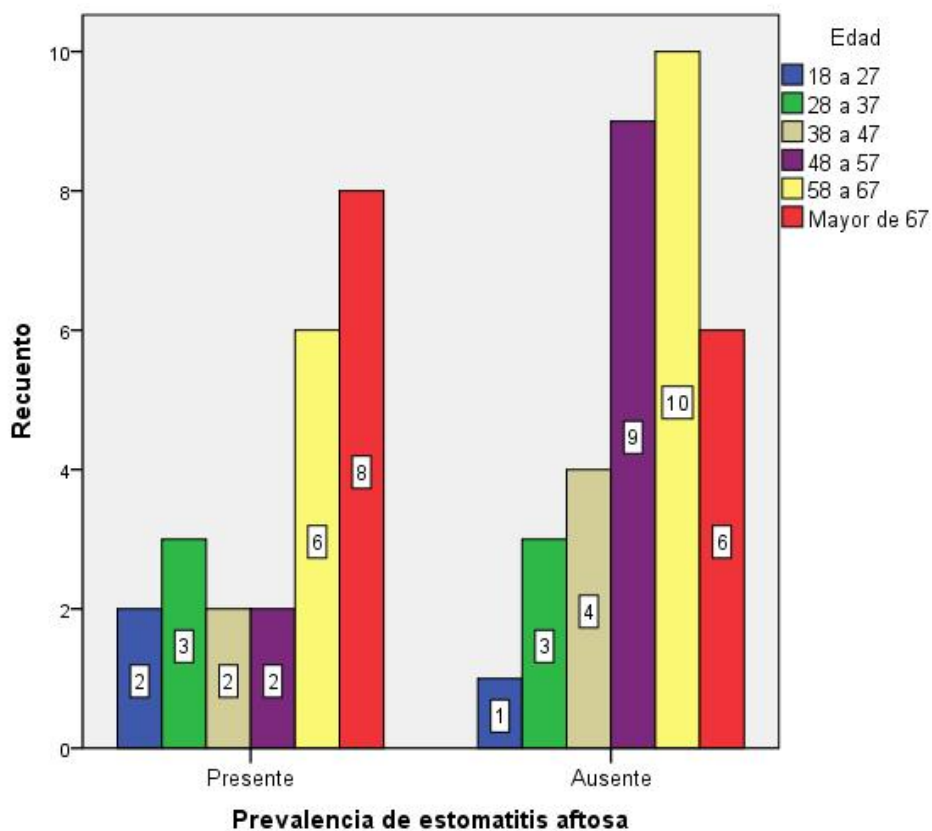


Gráfico N°6B

Presencia de estomatitis aftosa, de acuerdo a su tipo, en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según edad.

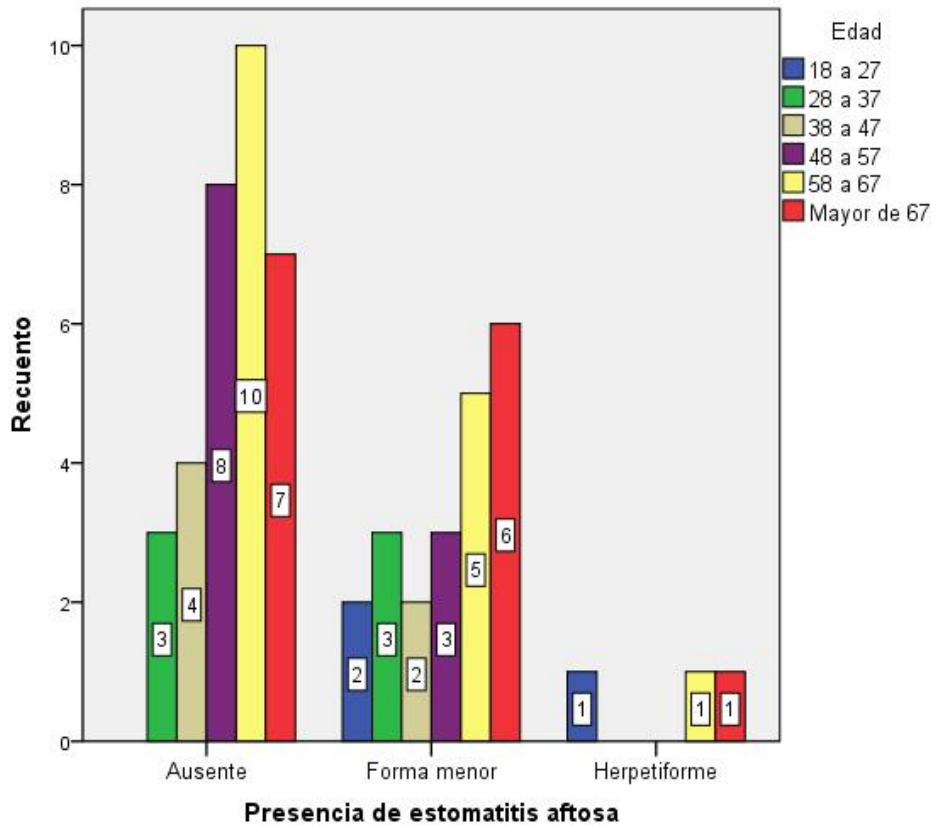


Gráfico N°6C

Presencia de estomatitis aftosa, de acuerdo a la ubicación de la lesión aftosa, en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis “Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según edad.

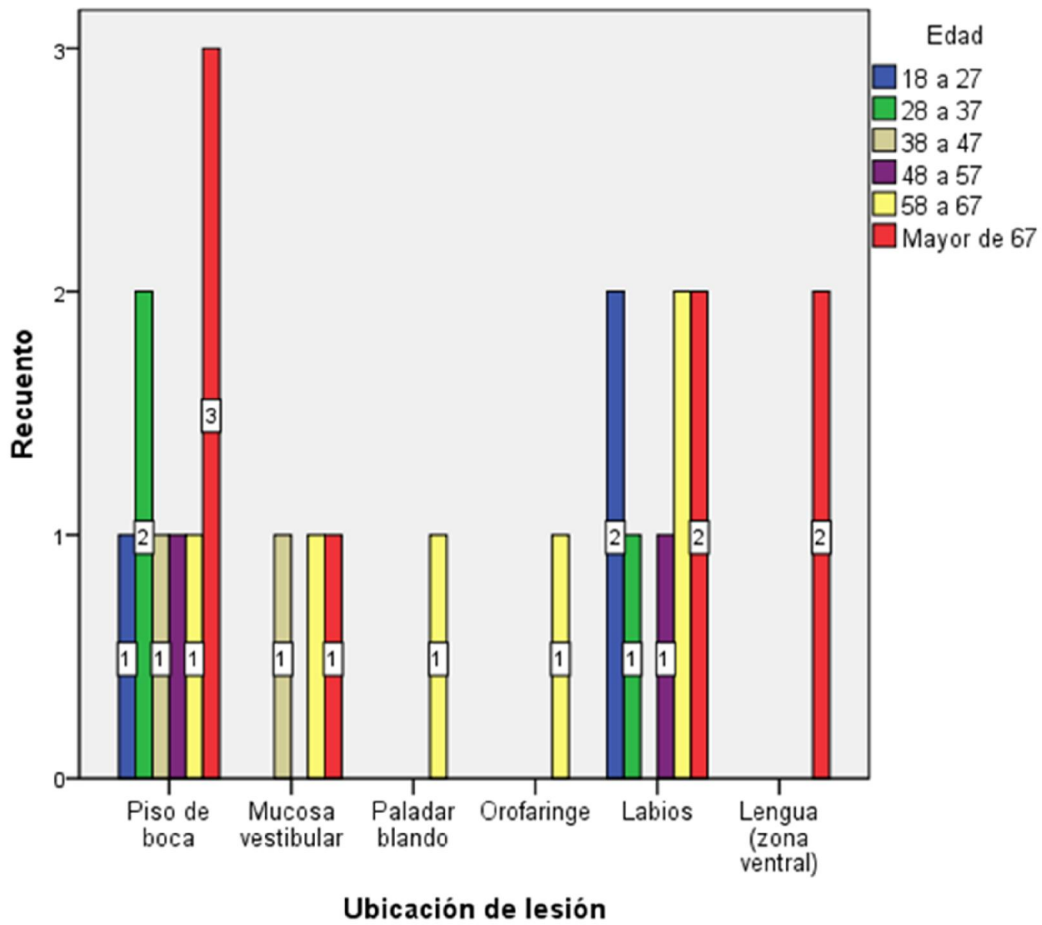


Gráfico N°6D

Presencia de estomatitis aftosa, de acuerdo al estadio, en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en la Clínica de Hemodiálisis

“Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según edad.

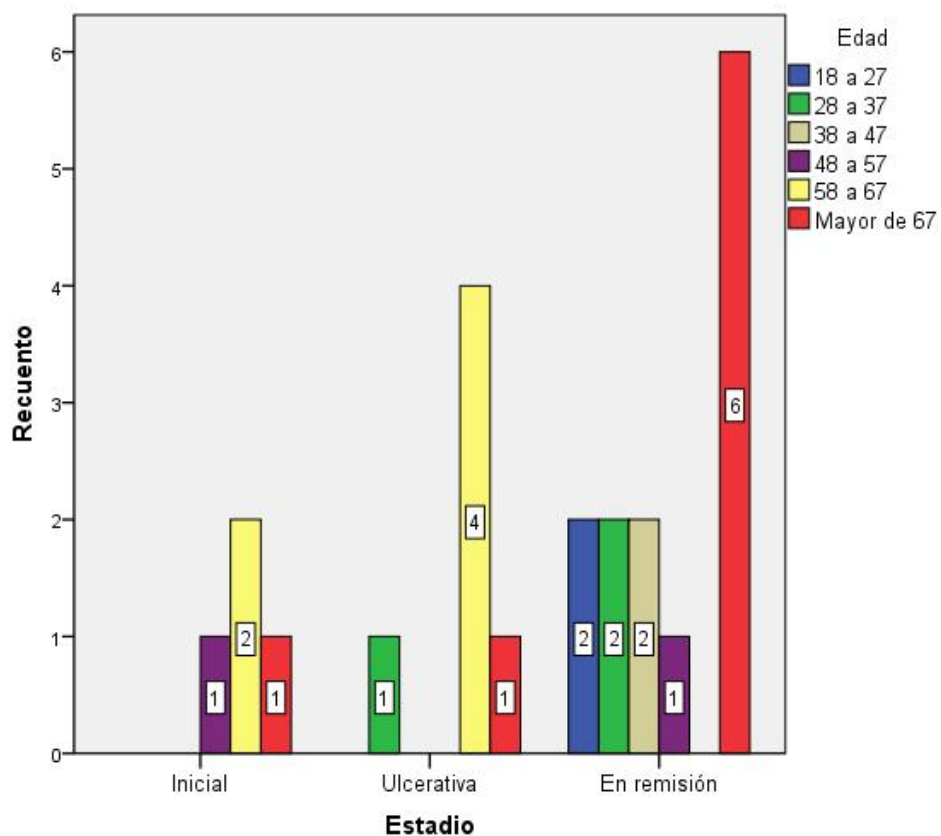


Tabla N°7

Presencia de estomatitis aftosa en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según el tiempo de enfermedad.

		Tiempo de enfermedad				Valor p
		< 6 meses	6 meses a 1 año	1 a 5 años	5 a 10 años	
		%	%	%	%	
Ubicación de lesión	Piso de boca	50,0%	40,0%	30,8%	50,0%	0,199
	Mucosa vestibular	,0%	20,0%	15,4%	,0%	
	Paladar blando	50,0%	,0%	,0%	,0%	
	Orofaringe	,0%	20,0%	,0%	,0%	
	Labios	,0%	20,0%	38,5%	50,0%	
	Lengua (zona ventral)	,0%	,0%	15,4%	,0%	
Estadio	Inicial	,0%	,0%	33,3%	,0%	0,949
	Ulcerativa	50,0%	60,0%	8,3%	25,0%	
	En remisión	50,0%	40,0%	58,3%	75,0%	

Fuente: elaboración propia del investigador

De acuerdo al tipo de lesión, 66,7% de la población con menos de 6 meses de enfermedad presentó la forma herpetiforme. 60% de la población con un tiempo de enfermedad entre 6 meses y 1 año presentó la forma herpetiforme. 34,5% de la población con un tiempo de enfermedad de 1 a 5 años presentó la forma menor, mientras que 6,9% presentó la forma herpetiforme. 21,4% de la población con un tiempo de enfermedad de 5 a 10 años presentó la forma menor, mientras que 7,1%

presentó la forma herpetiforme. Según la prueba de chi cuadrado, no existe diferencia significativa de la forma de la lesión entre los diferentes grupos.

De acuerdo a la ubicación de la lesión, 50% de la población con menos de 6 meses de enfermedad, presenta lesiones en piso de boca y 50% en paladar blando. 40% de la población con 6 meses a 1 año de tiempo de enfermedad presenta lesiones en piso de boca, 20% en mucosa vestibular, 20% en orofaringe y 20% en labios. 30,8% de la población con 1 a 5 años de tiempo de enfermedad presenta lesiones en piso de boca, 15,4% en mucosa vestibular, 38,5% en labios y 15,4% en zona ventral de la lengua. 50% de la población con 5 a 10 de tiempo de enfermedad presenta lesiones en piso de boca y 50% en labios. Según la prueba de chi cuadrado, no existe diferencia significativa de la forma de la lesión entre los diferentes grupos.

De acuerdo al estadio de las lesiones aftosas, 50% de la población con menos de 6 meses de enfermedad presenta lesiones ulcerativas y 50% lesiones en remisión. 60% de la población con 6 meses a 1 año de tiempo de enfermedad presenta lesiones ulcerativas y 40% en remisión. 33,3% de la población con 1 a 5 años de tiempo de enfermedad presenta lesiones en estadio inicial, 8,3% lesiones ulcerativas y 58,3% en remisión. 25% de la población con 5 a 10 de tiempo de enfermedad presenta lesiones ulcerativas y 75% en remisión. Según la prueba de Kruskal Wallis, no existe diferencia significativa del estadio de la lesión entre los diferentes grupo

Gráfico N°7A

Presencia de estomatitis aftosa, de acuerdo a su prevalencia, en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según el tiempo de enfermedad.

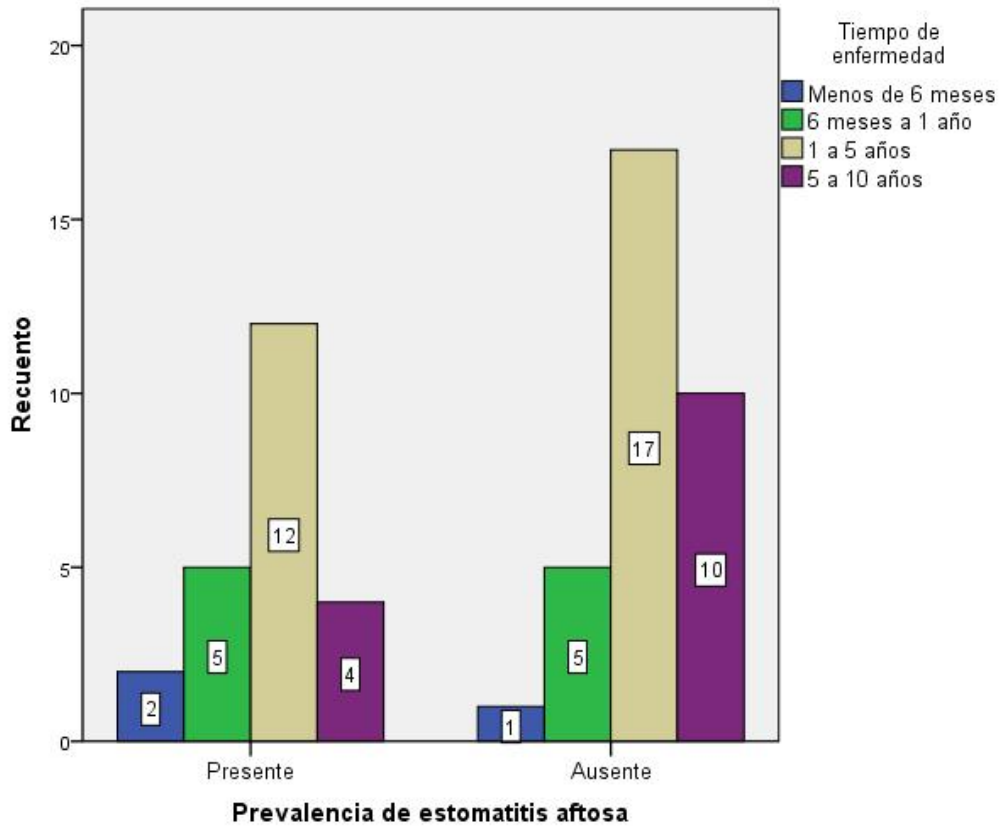


Gráfico N°7B

Presencia de estomatitis aftosa, de acuerdo al tipo de lesión, en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según el tiempo de enfermedad.

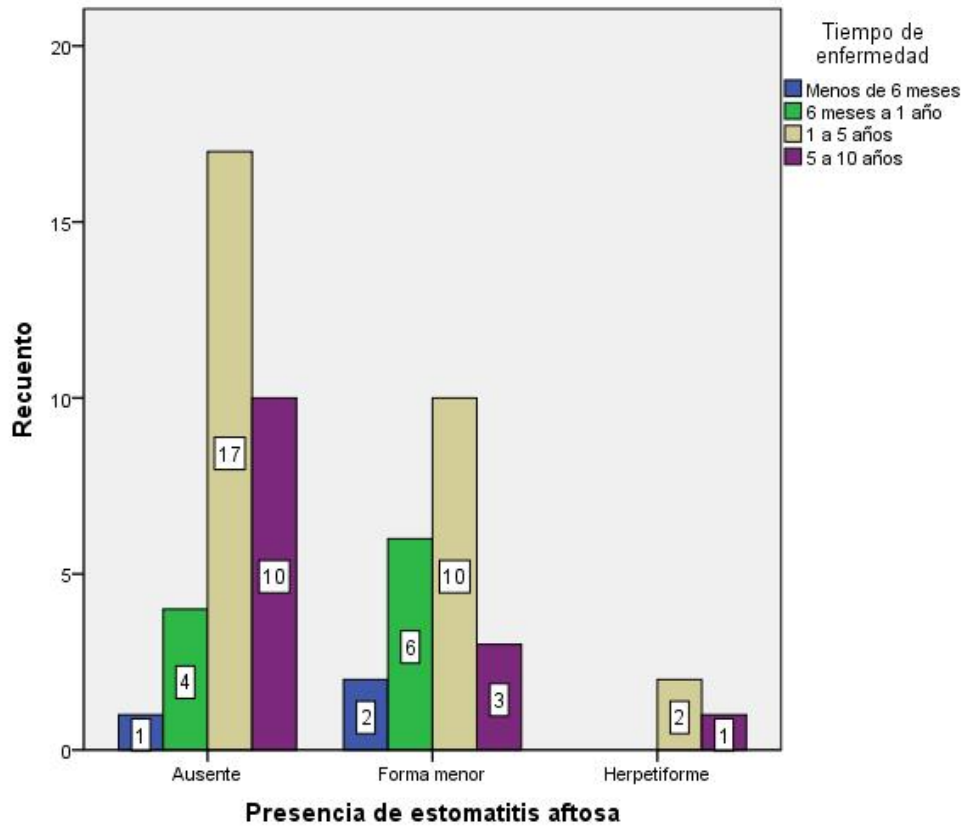


Gráfico N°7C

Presencia de estomatitis aftosa, de acuerdo a su ubicación, en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según el tiempo de enfermedad.

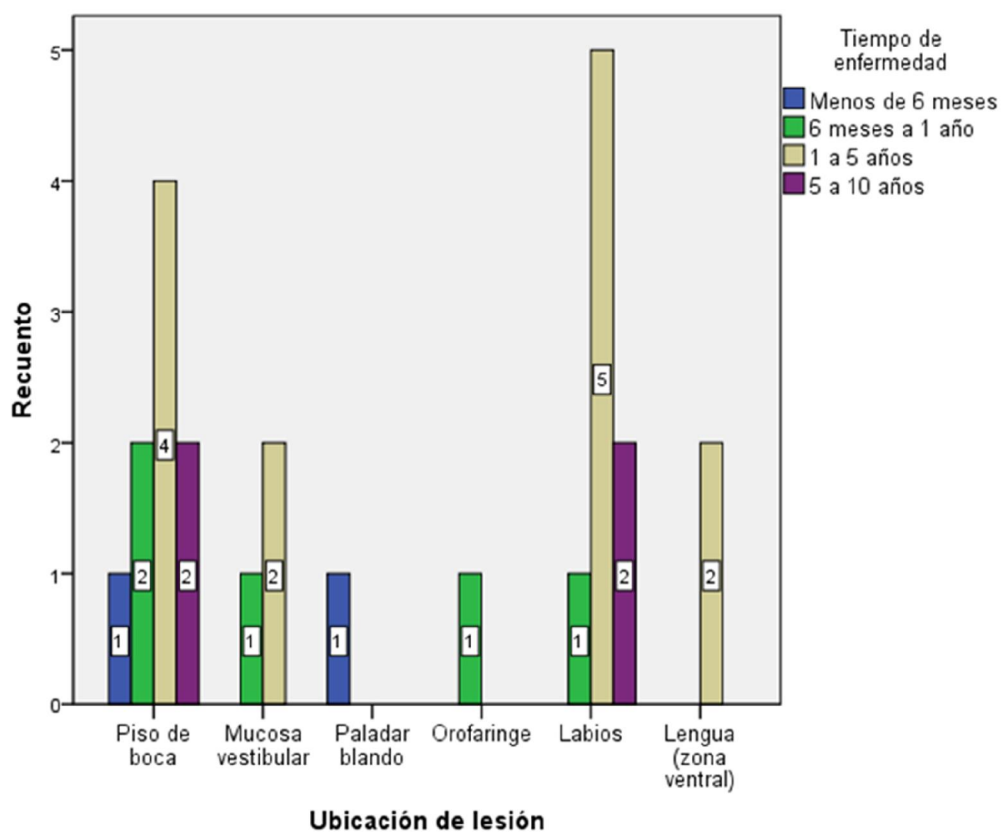
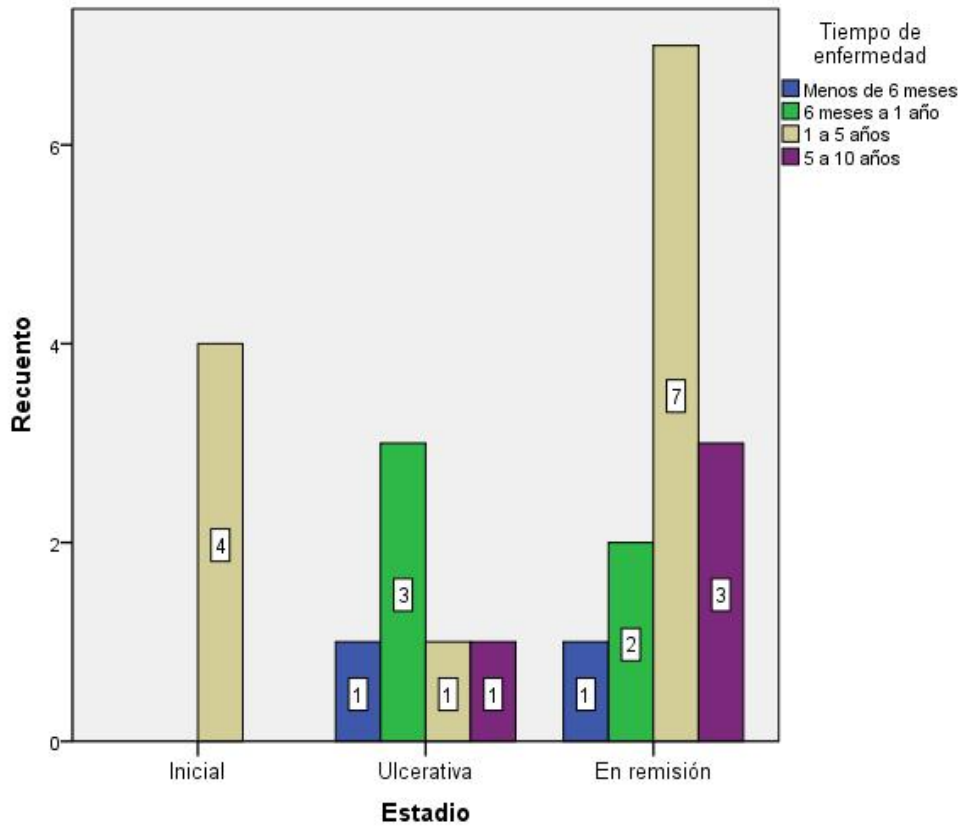


Gráfico N°7D

Presencia de estomatitis aftosa, de acuerdo al estadio de la lesión aftosa, en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis en la Clínica “Río Branco” en el periodo julio-agosto del 2016, según el tiempo de enfermedad.



ANEXO N° 7

SECUENCIA FOTOGRÁFICA



Fig.1 Paciente femenino con afta recidivante a nivel del frenillo bucal superior



Fig.2 Paciente masculino con afta en mucosa de mejia interna



Fig.3 Paciente con presencia de aftas dolorosas a nivel de encías



Fig.4 Paciente con presencia de lesiones a nivel de piso de boca.



Fig.5 -6 Examinación de los pacientes en sala de Diálisis



Fig. 7 Paciente de sexo masculino con presencia de pigmentación marrónsea a nivel de piel característico de la insuficiencia renal.



Fig. 8 Paciente anciano con presencia de lesiones en piso de boca