



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
EN PACIENTES CON NECESIDAD DE PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL QUE
ACUDEN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL II
ESSALUD HUARAZ, DE MARZO – ABRIL DEL 2017”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR: BACH. Villanueva Cochachin, Leslie Mary

HUARAZ – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mi madre Victoria, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por la demostración de ser una madre ejemplar, por apoyarme en todo momento, por su digno ejemplo de superación y motivación constante, por todo su gran amor. Espero que te sientas orgullosa.

A mi padre Pedro, por su invaluable e incondicional apoyo brindado en la infancia, por darnos siempre lo mejor, y velar por mi bienestar y educación en todo momento.

A mi hermano Franz, que siempre está junto a mí, por ser un ejemplo de hermano y ser mi mejor amigo, por las palabras de aliento, la confianza, comprensión y cariño.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi vida, gracias por darme la fortaleza en momentos difíciles y de prueba. Por brindarme sabiduría y entendimiento para llegar a cumplir una de mis metas.

A toda mi familia, quienes directa e indirectamente ayudaron a la realización de este trabajo, por sus palabras de aliento y buenos deseos.

A las personas que han sido mi soporte durante estos años, por la paciencia, la ayuda en impulsarme a terminar este trabajo y por la muestra de cariño sincero.

Agradecer sinceramente a mi Asesor, CD. Rene Dapello Zevallos, por su dedicación, sus conocimientos y orientaciones, así mismo por la paciencia y motivación constante, siendo parte fundamental en la realización del presente trabajo de investigación.

A todos aquellos que fueron mis docentes durante mi etapa universitaria, en especial al CD. Miguel Yanac Mauricio, quien con sus conocimientos y paciencia logró motivar en mí aún más el interés por la profesión.

RECONOCIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas, en especial a la Escuela Profesional de Estomatología presidida por la Mg. Nancy Mampis Roque, por acogerme y darme la oportunidad de formarme como profesional.

Al Programa del Adulto Mayor del Hospital II EsSalud - Huaraz, en especial a la Dra. Paola Bazán Roncal encargada del programa y al Lic. Sergio Quispe Talla, coordinador del programa, quienes me permitieron realizar el trabajo de investigación y me brindaron las facilidades para llevar a cabo este estudio. Así mismo a los pacientes del programa por su participación y colaboración.

ÍNDICE

RESUMEN	vii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	3
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	3
1.2. Delimitación de la Investigación.....	4
1.2.1. Delimitación Espacial	4
1.2.2. Delimitación Social	4
1.2.3. Delimitación Temporal.....	5
1.2.4. Delimitación Conceptual.....	5
1.3. Problemas de Investigación.....	6
1.3.1. Problema Principal	6
1.3.2. Problemas Secundarios	6
1.4. Objetivos de la Investigación	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
1.5. Hipótesis y variables de la Investigación	8
1.5.1. Hipótesis General.....	8
1.5.2. Hipótesis Secundarias.....	8
1.5.3. Variables (Definición conceptual y operacional).....	9
1.6. Metodología de la Investigación	11
1.6.1. Tipo y Nivel de Investigación.....	11
1.6.2. Método y Diseño de la Investigación.....	11
1.6.3. Población y Muestra de la Investigación	13
1.6.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos	14
1.6.5. Justificación, Importancia y Limitaciones de la Investigación	15
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes de la Investigación	18
2.2. Bases Teóricas.....	26
2.2.1. Enfermedades Crónicas no Transmisibles:.....	26
2.2.2. Enfermedades Cardiovasculares	27
2.2.2.1. Hipertensión Arterial.....	28

2.2.3. Enfermedad Metabólica:.....	39
2.2.3.1. Diabetes Mellitus.....	39
2.2.4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.....	50
2.2.5. Enfermedad Respiratoria:.....	54
2.2.5.1. Asma Bronquial:.....	54
2.2.6. Enfermedad renal crónica.....	60
2.2.7. Rehabilitación con prótesis parcial removible.....	64
2.2.8. Rehabilitación con prótesis total.....	66
2.2.9. Programa de adulto mayor.....	68
2.2.9.1. Adulto mayor.....	68
2.2.9.2. Centro del adulto mayor:.....	71
2.3. Definición de Términos Básicos.....	73
CAPITULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	76
3.1. Análisis de Tablas y Gráficos.....	76
3.2. Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	85
3.3. Prueba de Hipótesis.....	87
3.4. Discusión de Resultados.....	88
CONCLUSIONES.....	90
RECOMENDACIONES.....	92
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	93
ANEXOS.....	104

RESUMEN

En la actualidad la población adulto mayor ha ido creciendo enormemente y esto debido a la disminución de la natalidad, aumento de la expectativa de vida y a múltiples factores; observándose un incremento de la población con enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales repercuten en la vida del adulto mayor a nivel sistémico como a nivel estomatológico.

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes con necesidad de prótesis total o parcial que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz.

El tipo de investigación es aplicada, el nivel es descriptivo correlacional, el método empleado es deductivo, el diseño fue no experimental, transversal y observacional, la muestra que se utilizó para este estudio fue de 180 pacientes con necesidad de prótesis total o parcial que acuden al Programa del Adulto Mayor. Para llevar a cabo este estudio se utilizó como instrumento una ficha epidemiológica y de recolección de datos que fue validada por juicio de expertos, los datos obtenidos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 23.0, para establecer la relación entre las variables categóricas, y obtener el grado de relación existente, se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado.

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

Se determinó que las enfermedades crónicas más prevalentes en pacientes del Programa del Adulto Mayor fueron la hipertensión arterial, diabetes mellitus, EPOC y asma bronquial; encontrándose la hipertensión arterial con 86 casos, con mayor prevalencia en el sexo masculino 26,1%, seguido de diabetes mellitus con 61 casos, siendo más prevalente en el sexo femenino con 19,4%, pacientes con EPOC 15 casos, con mayor prevalencia en el sexo masculino 5,6% y pacientes con asma bronquial 18 casos, con mayor prevalencia en el sexo femenino con 6,1 %. En cuanto a la necesidad de prótesis el 100 % de pacientes del Programa del Adulto Mayor requieren tratamiento protésico, siendo la prótesis dental con mayor necesidad la PPR con 132 casos, 73.3%, mientras que 48 pacientes 26.7% requieren tratamiento con prótesis total. Así mismo se

determinó que existe relación estadísticamente significativa entre las enfermedades crónicas no transmisibles y la necesidad de prótesis dental ($p=0.044$); al relacionar el tipo de prótesis dental y género, se determinó que no existe relación estadísticamente significativa para cada enfermedad crónica no transmisible.

En conclusión, la ECNT más prevalente es la hipertensión arterial, el tipo de prótesis con mayor necesidad fue la prótesis parcial; en los pacientes del Programa del Adulto Mayor.

Es importante que el cirujano dentista tenga los conocimientos necesarios sobre cada una de las enfermedades antes mencionadas, si llevan el control de éstas o no, los fármacos a emplear en caso de alguna emergencia, así mismo el tratamiento y manejo odontológico, ya que resulta fundamental al momento de la consulta, más aún si el paciente requiere aparatos protésicos, pues debido a su condición patológica podrían alterarse los resultados, llevando al fracaso los tratamientos odontológicos.

PALABRAS CLAVES: Enfermedades crónicas no transmisibles, Adulto mayor, Prótesis total y parcial

ABSTRACT

At present the older adult population has been growing enormously and this due to the decrease of the birth rate, increase of the life expectancy and to multiple factors; with an increase in the population with chronic noncommunicable diseases, which have an impact on the life of the older adult at the systemic level and at the stomatological level.

The present study aimed to determine the prevalence of chronic noncommunicable diseases in patients requiring total or partial prosthesis who attend the program of the elderly in the Hospital EsSalud Huaraz II.

The type of investigation is applied, the level is descriptive correlational, the method used is deductive, the design was non-experimental, transversal and observational, the sample used for this study was 180 patients with total or partial prosthesis to the senior adult program. To carry out this study was used as an instrument an epidemiological and data collection form that was validated by expert judgment, the data obtained were processed in the statistical program SPSS version 23.0, to establish the relationship between categorical variables, and obtain the degree of existing relationship was used the statistical test of chi square.

The results obtained were as follows:

It was determined that the most prevalent chronic diseases in patients of the elderly program were hypertension, diabetes mellitus, COPD and bronchial asthma; with hypertension in 86 cases, with a higher prevalence in males 26.1%, followed by diabetes mellitus with 61 cases, being more prevalent in females with 19.4%, patients with COPD 15 cases, with a higher prevalence in the male 5.6% and patients with bronchial asthma 18 cases, with a higher prevalence in the female sex with 6.1%. Regarding the need for prosthetics, 100% of patients in the older adult program require prosthetic treatment, the most prevalent dental prosthesis being PPR with 132 cases, 73.3%, while 48 patients with 26.7% require total prosthesis treatment. Likewise, it was determined that there is a statistically significant relationship between chronic noncommunicable diseases and the need for dental prostheses ($p = 0.044$); when relating the type of dental

prosthesis and gender, it was determined that there is no statistically significant relationship for each chronic non-communicable disease.

In conclusion the most prevalent ECNT is hypertension, the type of prosthesis with the greatest need was the partial prosthesis; in patients of the senior adult program.

It is important that the dentist surgeon has the necessary knowledge about each of the diseases mentioned above, whether they have control of these or not, the drugs to be used in case of an emergency, as well as dental treatment and handling, as it is fundamental at the moment of the consultation, even more so if the patient requires prosthetic devices, because due to their pathological condition could alter the results, leading to failure of dental treatments.

KEY WORDS: Chronic noncommunicable diseases, elderly, total and partial prosthesis.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno mundial, por lo cual resulta importante conocer el escenario sociodemográfico actual de esta población.

La División de la Población de las Naciones Unidas según datos de la revisión del informe *Perspectivas de la población mundial*, se espera que el número de personas de 60 años a más, se duplique para el 2050 y se triplique para el 2100, en el 2017 calcula que hay 962 millones adultos mayores, es decir, el 13% de la población mundial, evidenciando que esta población crece más rápido que las personas jóvenes. ⁽¹⁾

Las poblaciones latinoamericanas y caribeñas están experimentando un aumento en el número de personas de 60 años a más, los países de mayor población de la región (Brasil, México, Colombia, Argentina, Venezuela y Perú) concentrarán la mayor parte de este aumento; sin embargo, en los países más pequeños este aumento también será significativo, especialmente a partir de 2025. Según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) la población adulta mayor crecerá a un ritmo de 3,5%, tres veces más rápido que el índice de crecimiento de la población total, este fenómeno responde a la baja mortalidad y fecundidad, así también al aumento de la esperanza de vida, como consecuencia de ello los adultos mayores van adquiriendo un peso poblacional cada vez más alto. ⁽²⁾

“El Perú se encuentra en un estadio de transición demográfica moderada avanzada, respecto al conjunto de países de Latinoamérica, según la clasificación elaborada por CEPAL/CELADE construida teniendo en cuenta el nivel actual de fecundidad y el índice de envejecimiento demográfico” ⁽³⁾.

En el 2015 la INEI informó que la población adulta mayor asciende a 3 millones 11 mil 50 personas, lo que representa el 9,7% de la población; siendo 1 millón 606 mil 76 mujeres y 1 millón 404 mil 974 hombres, confirmando que, en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del

envejecimiento, lo cual significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad. ⁽³⁾

“En el mundo actual resulta un hecho comprobado que a medida que aumenta la expectativa de vida, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, que vienen a ser aspectos que acompañan el último trecho de la vida” ⁽⁴⁾. “Estas enfermedades tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales” ⁽⁴⁾; “causando la muerte de 40 millones de personas cada año, lo que viene a ser el 70% de las muertes que se producen en el mundo” ⁽⁴⁾.

Las ECNT se ven favorecidas por factores tales como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población, por ello es de esperar, que una gran parte de los adultos mayores sean frágiles y padezcan, además, enfermedades crónicas. ⁽⁴⁾

“El manejo odontológico de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles requiere un conocimiento de estas enfermedades y sus manifestaciones a nivel de la cavidad bucal” ⁽⁵⁾.

Para ello, el odontólogo deberá ser un profesional competente y tener conocimientos previos sobre los problemas médicos que pudiesen presentarse en los pacientes adultos mayores; además tendrá que interactuar con los demás profesionales de salud que se encargan del cuidado y del manejo de su salud. ⁽⁵⁾

Generalmente, en estos pacientes las heridas se producen con mayor facilidad, el proceso de cicatrización suele ser más lento que en una persona sana, presentan movilidad de piezas dentarias que conlleva a la pérdida de éstas, consecuentemente hay reabsorción ósea, entre otras sintomatologías. Para llevar a cabo el tratamiento odontológico de estos pacientes se requiere un diagnóstico preciso acerca de las enfermedades que padecen, ya que bajo las condiciones que se encuentran a nivel oral, se debe tener especial consideración al momento de plantear un tratamiento protésico, lo cual permitirá evitar cualquier complicación posterior. ⁽⁵⁾

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la realidad problemática

La población adulto mayor se ha incrementado en el Perú en las últimas décadas, debido a que aumenta la expectativa de vida. Estos cambios han traído como consecuencia una variación en la pirámide poblacional asegurada en EsSalud, ocasionando un crecimiento más intenso en la población del adulto mayor asegurada.

A medida que la población asegurada envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas, en razón que el funcionamiento y la actividad de los tejidos y órganos va en disminución. El proceso de envejecimiento gradual acarrea alteraciones en la salud de las personas mayores, que ahora son más, gracias a que la ciencia ha mejorado el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas.

Es conocido que existe un proceso multicausal, originado por factores ambientales, genéticos, socioeconómicos y otros, en el envejecimiento del organismo en general y de la cavidad bucal en particular; pero trabajos actuales muestran que son los factores socioeconómicos y ambientales los que se asocian con la situación dental y la alteración funcional de la calidad bucal en el adulto mayor, ambos son factores exógenos, y como tal, resulta más sencillo establecer medidas preventivas para los adultos mayores, en

lo que respecta al envejecimiento funcional de la cavidad bucal, mediante campañas promotoras de salud bucal entre los asegurados.

Resulta importante conocer cuáles son las enfermedades crónicas prevalentes en pacientes de la tercera edad y asociarlas con las condiciones que presenta a nivel estomatológico, ya que muchas veces no son consideradas al momento de realizar la consulta o realizar algún tratamiento odontológico, no existe un programa de salud bucal específico para estos pacientes tan solo son atendidos de manera general obviando muchas veces la condición que presentan.

Por lo que el presente trabajo de investigación plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes con necesidad de prótesis total o parcial que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz, de marzo – abril 2017?

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación espacial.

El estudio se realizó en Perú, Departamento de Ancash, Provincia de Huaraz, en el servicio de Adulto Mayor del Hospital II EsSalud Huaraz, campamento Vichay S/N, Independencia.

1.2.2. Delimitación social.

El grupo social del presente estudio fueron los pacientes que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz, sin hacer diferencia por su raza, sexo o condición social.

Enfatizando el objeto de estudio, cabe resaltar que se seleccionaron mediante los siguientes criterios:

- Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, según base de datos del Hospital II EsSalud – Huaraz y tarjetas de control del programa.
- Pacientes que presenten ausencia de piezas dentarias, total o parcial.
- Pacientes que no hay recibido tratamiento de rehabilitación protésica, lo cual los predispone a la necesidad de tratamiento.

1.2.3. Delimitación temporal.

El estudio se llevó a cabo en un periodo aproximado de 2 meses, de marzo – abril del 2017.

1.2.4. Delimitación conceptual.

Para la realización del presente trabajo de investigación se evaluó y registró a los pacientes que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud - Huaraz, que presentan enfermedades crónicas no transmisibles y además sean edéntulos parciales o totales con alguna necesidad de prótesis dental, para así poder tomar medidas preventivas, como brindar consejería sobre salud bucal por parte del profesional de Odontología, adquirir conocimientos necesarios sobre la condición de estos pacientes y cómo es que repercute cada una de estas enfermedades a nivel oral, lo que resulta importante al momento de realizar los tratamientos odontológicos.

1.3. Problemas de Investigación

1.3.1. Problema principal.

1.3.1.1. ¿Cuál es la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes con necesidad de prótesis total o parcial que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz, de marzo – abril 2017?

1.3.2. Problemas secundarios.

1.3.2.1. ¿Cuál es la enfermedad crónica no transmisible más prevalente en los pacientes que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz, según género?

1.3.2.2. ¿Cuál es la prótesis dental con mayor necesidad en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz?

1.3.2.3. ¿Cuál es la relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes adultos mayores con la enfermedad crónica de hipertensión arterial?

1.3.2.4. ¿Cuál es la relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes adultos mayores con la enfermedad crónica de diabetes mellitus?

1.3.2.5. ¿Cuál es la relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes adultos mayores con la enfermedad crónica de EPOC?

1.3.2.6. ¿Cuál es la relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes adultos mayores con la enfermedad crónica de asma bronquial?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general.

- 1.4.1.1. Determinar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes con necesidad de prótesis total o parcial que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz, de marzo - abril 2017.

1.4.2. Objetivos específicos.

- 1.4.2.1. Identificar las enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes en pacientes que acuden al Programa del Adulto Mayor en el hospital II EsSalud Huaraz, según género.
- 1.4.2.2. Especificar el tipo de prótesis dental con mayor necesidad en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz.
- 1.4.2.3. Identificar si existe relación entre el tipo de prótesis dental y el género en pacientes con enfermedad crónica de hipertensión arterial.
- 1.4.2.4. Identificar si existe relación entre el tipo de prótesis dental y el género en pacientes con enfermedad crónica de diabetes mellitus.
- 1.4.2.5. Identificar si existe relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes con enfermedad crónica de EPOC.
- 1.4.2.6. Identificar si existe relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes con enfermedad crónica de asma Bronquial.

1.5. Hipótesis y variables de la investigación

1.5.1. Hipótesis general.

1.5.1.1. La enfermedad crónica no transmisible prevalente en pacientes con necesidad de prótesis total o parcial es la hipertensión arterial.

1.5.2. Hipótesis secundarias.

1.5.2.1. La enfermedad crónica no transmisible prevalente es la diabetes mellitus mayor de sexo femenino.

1.5.2.2. La prótesis total es el tipo de prótesis dental con mayor necesidad en los pacientes que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz.

1.5.2.3. La relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes adulto mayores con la enfermedad crónica de hipertensión arterial, es estadísticamente significativa.

1.5.2.4. La relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes adulto mayores con la enfermedad crónica de diabetes mellitus, no es estadísticamente significativa.

1.5.2.5. La relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes adulto mayores con la enfermedad crónica de EPOC, es estadísticamente significativa.

1.5.2.6. La relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes adulto mayores con la enfermedad crónica de asma bronquial, no es estadísticamente significativa.

1.5.3. Variables (Definición conceptual y operacional)

1.5.3.1. Variable principal.

- Enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor (Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz).

1.5.3.2. Variable secundaria.

- Pacientes con necesidad de prótesis total o parcial.

1.5.3.3. Covariable.

- Género.

Operacionalización de variables

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	TIPO DE MEDICIÓN	ESCALA	VALOR
ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN EL ADULTO MAYOR	Enfermedades de larga duración, lenta progresión, que no se resuelven espontáneamente y que rara vez logran una curación total. (Fuente: OMS 2015)	Hipertensión Arterial	Cuantitativa	De intervalo	Presión arterial \geq 140/90 mmHg
		Diabetes Mellitus	Cuantitativa	De intervalo	Glucosa en sangre \geq 110 mg/dl en ayunas
		EPOC	Cualitativa	Nominal	Espirometría positiva
		Asma Bronquial	Cualitativa	Nominal	Espirometría positiva
VARIABLE SECUNDARIA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	TIPO DE MEDICIÓN	ESCALA	VALOR
NECESIDAD DE PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL	Necesidad de sustitución de piezas dentales en la cavidad bucal por un elemento artificial (Fuente: Diccionario Mosby de Odontología 2013)	Edéntulo Total	Cualitativa	Nominal	SI NO
		Edéntulo Parcial	Cualitativa	Nominal	

COVARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	TIPO DE MEDICIÓN	ESCALA	VALOR
GÉNERO	Clasificación del sexo de una persona, animal o planta en masculino o femenino. (Fuente: Diccionario Mosby de medicina y ciencias de la salud,2013)	Tarjeta de control del Programa de Adulto Mayor	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino

1.6. Metodología de la investigación

1.6.1. Tipo y nivel de investigación

a) Tipo de investigación

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), “el tipo de investigación del presente estudio es aplicada, ya que se basa en teorías científicas previamente validadas para la solución del problema” (6).

b) Nivel de investigación

El nivel de investigación es descriptivo correlacional, porque permite determinar las ECNT prevalentes en el adulto mayor y especificar el tipo de prótesis dental con mayor necesidad, así mismo busca mostrar la relación existente entre el tipo de prótesis y el género en estos pacientes.
(6)

En base a la definición de Hernández Sampieri, menciona que “los estudios descriptivos permiten especificar situaciones, características, propiedades en personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (6); “y a su vez el alcance correlacional que tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más variables, medir cada una de ellas, cuantificar y analizar la vinculación” (6).

1.6.2. Método y diseño de la investigación.

a) Método de investigación

El método aplicado en la presente investigación es deductivo, según Cesar A. Bernal (2010), “el método deductivo es el razonamiento que consiste en tomar conclusiones generales para obtener explicaciones particulares, ya que el estudio determina cual es la ECNT más prevalente y el tipo de prótesis dental de mayor demanda” (7); este método permite “la formación de hipótesis, el análisis de postulados, teoremas, leyes

científicas, principios, etc. de aplicación universal y comprobada validez, para aplicarlo a soluciones o hechos particulares” (7).

Así mismo el estudio es cuantitativo, según Hernández Sampieri, “para estudios cuantitativos, utiliza instrumentos estandarizados. Los datos se obtienen por observación, medición y documentación de mediciones” (6). “Se utilizan instrumentos que han demostrado ser válidos y confiables en estudios previos o se generan nuevos basados en la revisión de la literatura se prueban y ajustan. Los resultados serán presentados en tablas, diagramas y modelos estadísticos” (6).

b) Diseño de investigación

“El diseño de la presente investigación es no experimental, transversal y observacional” (6). “Debido a que la investigación no está basada en hechos experimentales y las variables de estudio se midieron de manera independiente, centrándose en determinar la prevalencia de ECNT mediante la evaluación clínica en pacientes adultos mayores con necesidad de prótesis dental” (6).

Hernández Sampieri, menciona que “la investigación no experimental trata estudios donde no se hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables, sino más bien es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos posteriormente” (6); así mismo, menciona que “los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, describe variables y analiza su incidencia e interrelación en un momento dado” (6).

1.6.3. Población y muestra de la investigación.

a) Población

La población de este estudio estuvo conformada por todos aquellos pacientes de 60 años a más con requerimiento de prótesis total o parcial atendidos en el Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz, de marzo – abril 2017, siendo un total 340 pacientes.

b) Muestra

El tipo de muestreo es probabilístico, donde se utilizó la fórmula:

$$n_0 = \frac{Z^2 p q}{e^2}$$

Al reemplazar, para obtener n_0 :

$$n_0 = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n_0 = 384$$

Dónde:

n: Tamaño de muestra

Z²: Valor que se obtiene de la tabla de distribución normal y depende del nivel de confianza (95%) = 1.96

e: Tolerancia de error = 0.05

N: Tamaño de la población = 340

p: proporción esperada = 0.5

q: 1 – p

Cuando la población es conocida, se emplea la siguiente formula. Reemplazando, se obtiene:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384}{340}}$$

$$n = 180$$

La muestra queda conformada por 180 pacientes que acuden al Programa del Adulto Mayor del Hospital II EsSalud Huaraz.

1.6.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

a) Técnicas

La técnica utilizada fue la observación directa y evaluación clínica de los pacientes que acudieron a la atención en el Programa del Adulto Mayor. Se hizo la recolección de datos, dos a tres veces por semana con un promedio de 10 a 20 pacientes por día, para luego hacer la selección correcta de las fichas epidemiológicas.

Los datos se recolectaron de la siguiente manera:

- Se solicitó la autorización respectiva del Servicio del Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud para realizar el trabajo de investigación.
- Para la recolección de la información requerida, se elaboró una ficha epidemiológica y de recolección de datos.
- En los días de la toma de datos, se procedió a la evaluación clínica de los pacientes del Programa del Adulto Mayor del Hospital II EsSalud.
- Se seleccionó a todos los pacientes mayores de 60 años con requerimiento de prótesis total y parcial.
- Se anotó la información obtenida de la evaluación clínica en las respectivas fichas de recolección de datos, para luego hacer la tabulación y parte estadística.

b) Instrumentos

El instrumento que se empleó para el presente estudio fue una ficha epidemiológica y de recolección de datos, que fue validada por juicio de expertos, tres profesionales de Odontología asignados por la Universidad Alas Peruanas y dos profesionales del área de Epidemiología, del Hospital Víctor Ramos Guardia y la Dires Ancash. (Anexo N° 04).

1.6.5. Justificación, importancia y limitaciones de la investigación.

a) Justificación

En la actualidad se conoce que el envejecimiento constituye un fenómeno mundial, el Perú no escapa de ello, ya que según informe del INEI (2015) la población adulto mayor en nuestro país asciende los 3 millones, once mil, 50 personas, este grupo es susceptible a presentar enfermedades crónicas, debido a la edad, al estilo y condiciones de vida que llevan.

La tasa de crecimiento de la población adulto mayor asegurado, se expandió a un promedio de 5.6 % anual, lo que significa que cada año se incorporan aproximadamente 77,500 nuevos asegurados afiliados al CAM. Esto plantea retos significativos para el programa y, el más importante, la ampliación de la cobertura y los servicios a los cuales tienen derecho las personas adultos mayores asegurados.

En el Hospital II EsSalud Huaraz, se observa gran recurrencia al Programa del Adulto Mayor, estos pacientes acuden a sus citas con la finalidad de controlar sus enfermedades, sin embargo no son solo las enfermedades crónicas no transmisibles las que acompañan a los adultos mayores en el último techo de vida, si no también existen alteraciones a nivel oral, en especial la repercusión de estas enfermedades; por lo cual surge el interés de realizar una investigación en estos individuos determinando la prevalencia de enfermedades crónicas y la necesidad de prótesis dental, para contribuir con conocimientos propios de nuestra realidad, ya que en Ancash – Huaraz no existe investigaciones de esta condición.

La presente investigación será favorable para los profesionales de odontología, para tener una mejor apreciación de estas enfermedades, su incidencia sobre los tejidos orales y su manejo, así mismo conocer cuál será enfermedad crónica de mayor prevalencia que acudirá a consulta, facilitará al profesional a tomar en cuenta las consideraciones y planear un adecuado tratamiento para la satisfacción del paciente. Del mismo modo, con este estudio se plantea sugerir al coordinador del programa realizar actividades preventivas, promocionales y así poder llevar una adecuada salud bucal en este grupo poblacional.

b) Importancia

Los pacientes que acuden al programa de adulto mayor son de 60 años a más, los cuales no solo manifiestan enfermedades crónicas, sino que también traen problemas a nivel odontológico, en este caso el edentulismo total o parcial.

Las enfermedades sistémicas no siempre son la causa de la pérdida dentaria, pero si es cierto, tienen un alto grado de influencia, tanto en el estado físico como anímico de los pacientes, llevando esto a una alteración del tratamiento, así como también del pronóstico de aparatos protésicos.

Debido al rápido crecimiento del grupo adulto mayor en nuestra población, es necesario darle la prestarle importancia a la Odontogeriatría, ya que su principal objetivo es el estudio del envejecimiento orofacial mediante la investigación clínica, con la finalidad de aportar mejores bases en la toma de decisiones clínicas en el tratamiento de este tipo de pacientes, teniendo especial consideración por la edad y las enfermedades que presentan.

c) Limitaciones

- Solo se anotan en las historias clínicas las enfermedades sistémicas mencionadas, desconociendo si tienen alguna necesidad de algún tratamiento odontológico protésico.
- Pacientes que no acuden a sus citas en la fecha que se le asignó en el programa.
- El llenado no correcto y la no actualización de las historias clínicas y/o tarjetas de control en el Programa del Adulto Mayor.
- Pacientes que no quisieron colaborar con el trabajo de investigación.
- Se contó con un tiempo limitado para la evaluación de los pacientes.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Durante la fase de investigación, en la búsqueda de antecedentes científicos al tema propuesto, se determinaron pocos estudios que pueden ser considerados como antecedentes directos; sin embargo, se encontraron investigaciones relacionadas a las variables de estudio, como enfermedades crónicas en adultos mayores, salud bucal y necesidad de tratamiento odontológico en general; los cuales fueron considerados relevantes, por lo que se incluyeron como antecedentes de la presente investigación, siendo los siguientes:

A nivel internacional:

Domínguez L. & Valdés M. (2016). “Estudio bucal de la población geriátrica de un consultorio del Policlínico Rampa” ⁽⁸⁾

Realizaron una investigación descriptiva, de corte transversal en 82 ancianos de ambos sexos del consultorio 8 del Policlínico Rampa, las variables estudiadas fueron: edad, sexo, presencia de enfermedades bucales y sistémicas, factores de riesgo; los datos se obtuvieron mediante la historia clínica de cada paciente. ⁽⁸⁾

Concluyendo que: El grupo predominante es el sexo femenino y la edad de 70 a 79 años, el 90,2 % presenta difusión masticatoria, el 69,7 % enfermedad periodontal, las enfermedades sistémicas prevalentes son la

artritis reumatoide 90,2%, la hipertensión arterial 75,6%, la insuficiencia venosa 69,5% y la diabetes mellitus 59,7%.⁽⁸⁾

Ayuso-Montero R. & Martori E. (2015). *“Prótesis removible en el paciente geriátrico”*.

En nuestro entorno sociodemográfico, según las condiciones económicas actuales, cada vez más pacientes ancianos optan por rehabilitar su boca mediante prótesis removible, y aun siendo las prótesis parciales removibles y prótesis completas tratamientos estudiados y descritos desde hace mucho tiempo, todavía hoy es básico el conocimiento de las técnicas y pasos para su elaboración.⁽⁹⁾

“Además, son la base sobre la que se construyen las rehabilitaciones removibles sobre implantes, que ayudan a muchos pacientes geriátricos con problemas de retención y estabilidad en su prótesis removible”⁽⁹⁾.

En el artículo se resume la situación actual de las prótesis removibles parciales, completas y sobre implantes, las técnicas clásicas de confección y las novedades más actuales en cuanto a materiales, diseño y elaboración por CAD-CAM, y se describe la importancia del conocimiento por parte del paciente y sus cuidadores de las instrucciones de higiene y mantenimiento para garantizar buenos resultados a largo plazo.⁽⁹⁾

Bellamy C. & Moreno A. (2014). Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. *Avances en Odontoestomatología*⁽¹⁰⁾.

El objetivo fue identificar la relación que hay entre la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) en pacientes con pérdida dental y uso de prótesis removible. Fue un estudio transversal en 533 adultos mayores de 50 años de la Unidad Médica Familiar 20 —IMSS—. Se aplicó un cuestionario que incluyó el OHIP-14 (escala que mide la CVRSO) y

medición clínica de la pérdida dental y las prótesis removibles. Los resultados fueron la prevalencia de edentulismo total fue de 9,9% y de uso de prótesis 35%, de éstas 66% tenían mala calidad. La media del OHIP-14 fue de 9,83. Se clasificó a los sujetos en siete grupos siguiendo dos criterios: pérdida dental (menos de 20 dientes) y uso de prótesis removible. En la evaluación, el grupo con peor CVRSO fue el grupo que no usaba prótesis removible pero sí requería al tener menos de 20 dientes. Los resultados fueron que el uso de prótesis removible, cuando las personas tienen menos de 20 dientes, mejora la CVRSO aun siendo éstas de mala calidad. Si se tienen 20 dientes o más puede ser una opción no usar prótesis removible para tener una buena calidad de vida relacionada con la salud oral, pero si se tiene menos de 20 dientes sí es necesario.

Henríquez J. (2014). “Caracterización epidemiológica de adultos mayores pertenecientes a un establecimiento de larga estadía Comuna de Independencia y de la Facultad de Odontología Universidad de Chile, año 2014” ⁽¹¹⁾

Realiza un estudio descriptivo con el que pretende conocer el perfil epidemiológico de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, para lo cual seleccionaron 73 ancianos pertenecientes al ELEAM (institucionalizados) y 53 ancianos en tratamiento en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (no institucionalizados), para la recolección de datos emplearon la ficha clínica. ⁽¹¹⁾

Concluyendo que: “el grupo que predomina en la población de adultos mayores son del sexo femenino, y el promedio de edad fue 78,5 siendo el grupo etario de 80 el predominante, las enfermedades sistémicas prevalentes fueron: hipertensión arterial, artritis – artrosis, diabetes mellitus y cardiopatías” ⁽¹¹⁾.

“En relación a las enfermedades bucodentales el 47,9% presentó xerostomía, no existiendo diferencia entre grupos” ⁽¹¹⁾. “Para la variable lesiones orales, las más prevalentes para la población total e

institucionalizada fueron estomatitis protésica, 2 hiperplasia irritativa y úlcera traumática”⁽¹¹⁾. “Por otro lado, en los adultos mayores no institucionalizados la prevalencia de lesiones orales fue mucho menor”⁽¹¹⁾. “Por otra parte, las enfermedades periodontales presentaron una baja prevalencia en ambos grupos, siendo la gingivitis más prevalente en el grupo de adultos mayores no institucionalizados y la periodontitis en el grupo de adultos mayores institucionalizados”⁽¹¹⁾. “El desdentamiento total maxilar y mandibular fue la condición más común en ambos grupos, sin diferencia entre ellos”⁽¹¹⁾.

Figueiredo M. & Barbará L. (2013). *“Relación entre enfermedades crónicas y salud-enfermedad bucal en adultos brasileiros de bajo nivel socioeconómico”*

“El estudio fue de prevalencia, transversal y de observación analítica, tuvo como propósito realizar un relevamiento de las condiciones de salud bucal de los habitantes adultos registrados en el programa Salud de la Familia Figueirinha”⁽¹²⁾, “que presentaban diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas enfermedades sistémicas y verificar la existencia de alguna correlación con la salud-enfermedad bucal”⁽¹²⁾. “Se evaluó la presencia de placa bacteriana, sangrado gingival y el índice CPOD. Concluyendo que: Del total de adultos, el 11.5% eran hipertensos, el 2.3% diabéticos y el 2.3% presentaban ambas enfermedades”⁽¹²⁾.

“En cuanto al examen bucal resultó que el 67,9% presentaba placa bacteriana y el 58,7% sangrado gingival”⁽¹²⁾. “Así mismo, se comprobó una correlación positiva entre el número de pérdidas dentarias, la hipertensión arterial y diabetes mellitus con un resultado estadísticamente significativo ($p \geq 0,015$)”⁽¹²⁾.

El estudio considera que “es de suma importancia que las personas portadoras de enfermedades sistémicas integren un programa de promoción de salud que tenga en cuenta sus necesidades específicas para el mantenimiento de la salud bucal”⁽¹²⁾.

A nivel Nacional:

Azañedo D. & Díaz Seijas D. (2016). “Salud oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana”.

“En muchos países, las pirámides poblacionales han variado sus distribuciones a través de los años, ocasionadas por una serie de cambios en la natalidad, mortalidad y esperanza de vida”⁽¹³⁾. “Es así que en el Perú para el año 2015, la población de 60 a más años de edad (adultos mayores) representó un 10% de la población total y se estima que se incrementará a 13% el 2025”⁽¹³⁾. “Este aumento requerirá la adopción de medidas que garanticen satisfacer las necesidades de salud más comunes de esta población”⁽¹³⁾. “Específicamente, las enfermedades orales se ubican dentro de las patologías más prevalentes en adultos mayores (AM), por ello, se debe prestar interés al acceso a la atención odontológica la que puede verse limitada por diversos motivos en esta población”⁽¹³⁾. “No obstante, el acceso a la atención odontológica de los AM ha sido poco estudiado en el Perú”⁽¹³⁾.

Con la finalidad de conocer los patrones de acceso a servicios de salud dental según área de residencia, región natural, tiempo desde la última atención, lugar de atención y regiones de los AM en el Perú, realizamos un análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2014).⁽¹³⁾

“Se utilizó el paquete estadístico Stata 12 (StataCorp LP, College Station, TX, USA), para mostrar frecuencias absolutas, medias y proporciones para cada una de las categorías incluidas con intervalos de confianza al 95%”⁽¹³⁾.

“Según sus resultados, el acceso a un servicio dental ocurrió en el 74,8% de los 5516 AM encuestados, aunque, al evaluar el acceso dentro del año previo a la encuesta se obtuvo un porcentaje de 21,7%”⁽¹³⁾. “Asimismo, el 65,1% de los que accedieron a un servicio dental, fueron atendidos en ámbitos de atención privada”⁽¹³⁾. “De los habitantes de zonas urbanas y

rurales, un 86,4 y 62,3% respectivamente, tuvieron acceso a la atención dental” ⁽¹³⁾. “En la región natural de la costa el 84,6% tuvo acceso a la atención dental, seguida por la selva 69,6% y sierra 68,3%” ⁽¹³⁾.

Respecto al tiempo desde la última atención, un 68,6% de los participantes recibió atención en un tiempo mayor a los doce meses de la aplicación de la encuesta, el 24,6% lo hizo en un tiempo menor a seis meses y un 4,3% entre los seis y doce meses. ⁽¹³⁾

“La región con mayor acceso en los doce meses previos a la encuesta fue Arequipa con 34,5%, mientras que la de menor acceso fue Cajamarca con 10,2%” ⁽¹³⁾.

Gutiérrez-Vargas V. & León-Manco R. (2015). “*Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal*”, tienen como objetivo “determinar la frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Callao – Lima, 2014” ⁽¹⁴⁾. “Realizan un estudio transversal, descriptivo, observacional. Evaluaron mediante una ficha de recolección de datos, estructurada a partir de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud, para personas edéntulas” ⁽¹⁴⁾. Concluyendo que: “La mayoría de la población tenía edentulismo 72% y necesidad de tratamiento protésico (parcial y total) en el maxilar superior fue de 59,6% mientras que en el maxilar inferior fue de 67,3%” ⁽¹⁴⁾.

Chávez, Manrique y Manrique (2014). “Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor”.

“Las tendencias demográficas a nivel mundial han demostrado un aumento de la población de adultos mayores, y en el Perú esa situación no es la excepción” ⁽¹⁵⁾. “Este fenómeno demográfico plantea muchos retos en el campo de la salud, uno de los cuales es la formación de profesionales especializados y comprometidos para atender a este grupo etario” ⁽¹⁵⁾. “En

el campo odontológico, el adulto mayor puede presentar múltiples enfermedades bucales como caries dental, enfermedad periodontal, lesiones en la mucosa oral, candidiasis e inclusive cáncer oral, siendo las más destacadas la caries dental y la enfermedad periodontal”⁽¹⁵⁾. “Otras manifestaciones clínicas que se producen en boca y que son muy frecuentes son la pérdida de hueso alveolar, movilidad dental y disminución del gusto que provocan disminución del apetito y, por consiguiente, la baja de peso e inclusive anemia”⁽¹⁵⁾. “Por otro lado, es común que la población geriátrica presente una serie de complicaciones que han de ser abordadas conjuntamente por el odontólogo y el médico tratante”⁽¹⁵⁾. “Este grupo poblacional padece enfermedades crónicas como consecuencia del proceso natural de envejecimiento en el cual ocurren cambios o modificaciones a nivel molecular, celular, tisular y orgánico que contribuyen a la progresiva disminución de la capacidad del organismo”⁽¹⁵⁾.

Díaz M. (2013). *“Necesidad de atención odontológica del adulto mayor institucionalizado en el Asilo Hermanitas de los pobres, Trujillo 2013”*, presentada en la Universidad Nacional de Trujillo. “Realiza una investigación para determinar la necesidad de atención odontológica del adulto mayor y su relación con el nivel de educación”⁽¹⁶⁾, “edad y sexo en 120 adultos mayores de ambos géneros, para lo cual empleó una ficha de recolección de datos diseñado para detectar necesidad de atención bucodental en población geriátrica”⁽¹⁶⁾. Concluyendo que: “El 93% de los adultos mayores requieren atención odontológica, lo que indica que existe suficiente información para asegurar que existe relación altamente significativa entre el nivel de educación y la necesidad de atención odontológica”⁽¹⁶⁾. “Sin embargo, las covariables, género y edad no influyen en la necesidad de tratamiento odontológico”⁽¹⁶⁾.

Campodónico C. & Chein S. (2013). *“El perfil de salud – enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima Urbana 2012”*, presentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

“Realizaron un estudio de tipo descriptivo-trasversal en adultos mayores de 60 años, que viven en Lima cercado y distritos”⁽¹⁷⁾. “El propósito de este estudio fue determinar el perfil de salud – enfermedad bucal de las personas adultos mayores, tomando en cuenta la prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal, lesiones en mucosa y necesidad de tratamiento”⁽¹⁷⁾.

“Para la recolección de datos se empleó la observación clínica y entrevista haciendo uso de los índices y procedimientos de la OMS”⁽¹⁷⁾. Concluyendo que: “edad promedio 71 años, con prevalencia del sexo femenino 70% y educación secundaria, presentan hipertensión arterial 33% y diabetes mellitus 10.8 %, trastornos de la mucosa en un 10.8%”⁽¹⁷⁾. “Presencia de cálculos y sangrado periodontal, en el 52% de la población. El 23.3% requiere profilaxis y solo un 11% raspaje radicular. De los dientes presentes en boca el 23% han perdido fijación en 4-5mm”⁽¹⁷⁾.

“El 5.82% de los dientes se encuentran sanos, siendo el promedio de caries 4.43, dientes perdidos 14,77 del 53%. El 31.7% usan prótesis total removible superior y prótesis fija en un 19,2%”⁽¹⁷⁾. “En el maxilar inferior un 20% utilizan PPR y el 13,3% usan prótesis total y fija 9,27%. Encontraron alta la necesidad de prótesis removible en maxilar superior e inferior”⁽¹⁷⁾.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Enfermedades crónicas no transmisibles:

“Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen una de las principales causas de muerte y discapacidad. Causa de 33,1 millones de disfunciones al año. Y causa del 60% de la mortalidad mundial y 45,9% de la carga mundial de morbilidad”⁽¹⁸⁾. “Proyecciones al 2020, si las tendencias se mantienen, representarían el 73% de las disfunciones y el 60% de la carga de morbilidad”⁽¹⁸⁾. “Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y la calidad de vida que acentúan el sedentarismo y la mala nutrición”⁽¹⁸⁾. Las principales ECNT comprenden:

- ✓ “Enfermedades cardiovasculares”⁽¹⁸⁾.
- ✓ “Diabetes”⁽¹⁸⁾.
- ✓ “Enfermedad pulmonar obstructiva crónica”⁽¹⁸⁾.
- ✓ “Asma Bronquial”⁽¹⁸⁾.
- ✓ “Enfermedad renal crónica”⁽¹⁸⁾.

“Las ECNT afectan a todos los grupos etarios, se suelen asociar mayormente a los grupos de edad más avanzada”⁽¹⁸⁾; “sin embargo, 15 millones de todas las muertes que son atribuidas a estas enfermedades se producen entre los 30 y 69 años, haciendo vulnerables a niños, adultos y ancianos”⁽¹⁸⁾. “En los países de ingresos bajos y medios, las ECNT afectan desproporcionadamente siendo responsables de más del 75% de muertes”⁽¹⁸⁾.

Resulta un hecho importante comprender que las ECNT no tienen cura, y de no ser tratadas pueden causar complicaciones que disminuyan la calidad de vida, afortunadamente, son prevenibles o los efectos pueden ser reducidos, por lo cual es importante una detección oportuna y el control de los factores riesgo.⁽¹⁹⁾

Dentro de ellos se encuentran:

- **Factores modificables:**

- ✓ “Alimentación inadecuada: elevado consumo de alimentos ricos en colesterol, exceso de sal/sodio en la dieta” ⁽¹⁹⁾.
- ✓ “Obesidad y sobrepeso: dietas mal sanas (ingesta de calorías, consumo excesivo de grasas de origen animal, grasas saturadas), inactividad física” ⁽¹⁹⁾.
- ✓ “Sedentarismo: nivel de actividad física menor al necesario para gozar de buena salud” ⁽¹⁹⁾.
- ✓ “Exposición al humo del tabaco, tabaquismo: el humo tiene más de cuatro mil sustancias de las cuales 401 son tóxicas, y se sabe que 43 provocan cáncer y enfermedades crónicas de los pulmones” ⁽¹⁹⁾; “así mismo los no fumadores que respiran involuntariamente el humo del tabaco tienen mayor probabilidad de desarrollar estas enfermedades comparados a los que no están expuestos al humo” ⁽¹⁹⁾.
- ✓ “Uso nocivo del alcohol: el consumo de alcohol reduce la esperanza de vida de una persona de 10 a 12 años, causa trastornos como cardiopatía, cáncer y diabetes” ⁽¹⁹⁾.

- **Factores no modificables:**

- ✓ “Edad, sexo” ⁽¹⁹⁾.
- ✓ “Raza, herencia” ⁽¹⁹⁾.

2.2.2. Enfermedades cardiovasculares:

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo heterogéneo de enfermedades que afectan tanto al sistema circulatorio como al corazón, de ahí se deriva su nombre (cardiovascular), entre los cuales podemos mencionar a: hipertensión arterial, cardiopatía coronaria (infarto de miocardio), insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, etc. ⁽²⁰⁾

“Son consideradas un problema de salud pública por su alta prevalencia y suponen la primera causa de mortalidad y morbilidad en

todo el mundo y su incidencia aumenta progresivamente en los países de bajos ingresos, afectando por igual”⁽²⁰⁾. “Las principales causas de estas enfermedades son debido al consumo de tabaco, sedentarismo y la alimentación poco saludable”⁽²⁰⁾.

2.2.2.1. Hipertensión arterial.

La hipertensión arterial, conocida como *la muerte silenciosa* es una enfermedad crónica producida por un estrechamiento de las arteriolas que regulan el flujo sanguíneo, lo que hace que el corazón se esfuerce más por bombear sangre en un espacio reducido, aumentando la presión dentro de los vasos sanguíneos, ya sea sistólico, diastólico o de ambas.⁽²¹⁾

“Es un problema de salud de primera importancia ya que se estima que su prevalencia se encuentra entre el 21 al 25% de la población adulta en general”⁽²¹⁾. “En el 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se ha denominado hipertensión arterial esencial, con una fuerte influencia hereditaria”⁽²⁰⁾. “En el 5 al 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales y a esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión secundaria”⁽²¹⁾. “Esta enfermedad puede afectar la salud del paciente produciendo, endurecimiento de las arterias, agrandamiento del corazón, daño renal y daño ocular”⁽²¹⁾.

❖ Clasificación de la presión arterial (PA):

“Se define como presión arterial normal a los niveles iguales o inferiores a 120/80 mm Hg”⁽²²⁾. “Se considera hipertenso a todo individuo de 18 años y más con cifras de presión arterial iguales o superiores a 140/90 mm Hg”⁽²²⁾. “Según la magnitud de las cifras de presión arterial tanto sistólica como diastólica los hipertensos se clasifican en 3 etapas en orden creciente de magnitud”⁽²²⁾.

“En un adulto sano la presión diastólica es de 80 mm de Hg, si es mayor es anormal, así como una presión sistólica de 140 mm Hg o

más”⁽²²⁾. “Para el diagnóstico y la decisión de tratamiento se toma como referencia la presión diastólica, sin embargo, datos recientes indican que ambas presiones son importantes en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad”⁽²²⁾.

Cuadro N° 01: Valores de la PA

Categoría	Presión sistólica en mm Hg	Presión diastólica en mm Hg
Normal	< 120	< 80
Pre – hipertensión	120 – 139	80 – 89
Hipertensión	≥ 140	≥ 90
Estadio 1	140 – 159	90 - 99
Estadio 2	≥ 160	≥ 100

FUENTE: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Ministerio de salud Resolución ministerial N° 031-2015 MINSA.⁽²²⁾

❖ **Tipos de hipertensión arterial:**

- a) Hipertensión esencial:** “En la gran mayoría de los pacientes con Hipertensión arterial, la causa es desconocida, aunque puede ser de origen genético o debido a una ingesta elevada de sal”⁽²⁰⁾.

- b) Hipertensión secundaria:** “En la cual los individuos poseen una condición que explica la presencia de hipertensión. Estas condiciones incluyen enfermedad renal, desórdenes endocrinos y problemas neurológicos”⁽²⁰⁾. “La mayoría de las condiciones que causan hipertensión secundaria llevan a una elevación de la presión diastólica y sistólica”⁽²⁰⁾.

❖ **Etiología:**

“La principal causa de hipertensión arterial es la interacción de factores genéticos y ambientales” (21).

Existen estudios que han comprobado que la relación de los valores de la PA entre padre, madre e hijo es superior en hijos naturales que, en los adoptados, lo cual indica que se puede predecir la afección futura por esta enfermedad en miembros de una misma familia. (21)

Entre otros tenemos:

- “De causa desconocida (hipertensión esencial)” (20).
- “Enfermedades corticosuprarrenales: Síndrome de Cushing” (20).
- “Tumor de origen medular suprarrenal o paraganglionar (Feocromocitoma)” (20).
- “Estrechamiento de una o ambas arterias renales (Hipertensión renal)” (20).
- “Enfermedad Renal” (20).
- “Estenosis Aórtica (Coartación)” (20).
- “Policitemia grave” (20).
- “Anticonceptivos orales” (20).
- “Embarazo” (20).

❖ **Signos y síntomas de hipertensión arterial:**

“La hipertensión arterial es esencialmente asintomática. Es más común identificar a un paciente con hipertensión cuando este ya presenta complicaciones crónicas, tales como” (22):

- “Insuficiencia cardiaca congestiva” (22).
- “Hipertrofia de ventrículo izquierdo” (22).
- “Nefropatía” (22).
- “Trastornos visuales por retinopatía” (22).

- “Problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular” (22).
- “Disfunción eréctil” (22).

“Pueden existir síntomas en casos de crisis hipertensiva como” (22):

- “Cefalea” (22).
- “Mareos” (22).
- “Visión borrosa o náuseas” (22).

❖ Tratamiento no farmacológico de la hipertensión:

“El objetivo principal del tratamiento no farmacológico consiste en mantener la PA por debajo de 140/90mmHg” (23).

“Las medidas con demostrada capacidad para reducir la presión arterial son” (23):

CUADRO N° 02: Tratamiento no farmacológico de la HTA

Hábitos y estilo de vida	Recomendación
Reducción de peso	Lograr y mantener un peso corporal normal IMC (18,5-24,9) y un perímetro abdominal menor de 102cm en varones y 88cm en la mujer.
Dieta	Consumo de frutas y vegetales, además de alimentos bajos en grasas totales y saturadas
Reducción del consumo de sal	No más de 5 gr al día
Actividad física	Ejercicio físico de manera regular, como trotar, caminar 30 min/día o 150 min. semanales
Evitar o limitar el consumo de alcohol	No exceder 20-30gr/día en varones y 10-20gr/día en mujeres y no exceder
No al tabaco	Abandono total del hábito de fumar y no exponerse al humo del tabaco

FUENTE: “Cuidado integral del paciente con hipertensión arterial en el seguro social de salud – EsSalud. Directiva N°- GCPS-ESSALUD-2016. (23)

❖ Tratamiento farmacológico de la hipertensión:

“El inicio de la terapia farmacológica en la hipertensión arterial dependerá del nivel de riesgo cardiovascular que se le diagnostica al paciente según la evaluación integral tomando en cuenta principalmente, el nivel de la presión arterial sistólica y diastólica” (23).

Cuadro N° 03: Medicamentos para la HTA

Nivel de atención	Medicamentos para la hipertensión arterial
I Nivel	<ul style="list-style-type: none">• Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): Enalapril, Captopril.• Bloqueador de receptor de angiotensina II: Losartán, valsartán, irbesartán.• Calcio antagonista: Nifedipino de acción larga, verapamilo, diltiazem.• Diurético: Hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona.• Beta bloqueador: Propranolol, atenolol, carvedilol, bisoprolol.• Metildopa (en caso exista cardiólogo o médico internista en policlínica de complejidad creciente).
II Nivel	Además de lo anterior: <ul style="list-style-type: none">• Metildopa y nitroprusiato.

FUENTE: “Cuidado integral del paciente con hipertensión arterial en el seguro social de salud- EsSalud”. Directiva de gerencia central de prestaciones de salud N°001-GCPS-ESSALUD-2016. (23)

“Los grupos de medicamentos antihipertensivos que han sido comprobados como eficaces son: inhibidores de enzima convertidora de angiotensina II, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, betas bloqueadoras, bloqueadores de los canales de calcio y diuréticos tipo tiazidas” (23). “En adultos mayores de 60 años, se prefiere recomienda no emplear beta bloqueadores como primera elección” (22).

- **Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA):**
“actúan sobre el sistema regina-angiotensina-aldosterona, inhibiendo la transformación de angiotensina I en angiotensina II”⁽²²⁾. “Los IECA actúan a través de un doble mecanismo, reduciendo los agentes presores y aumentando los vasodilatadores”⁽²²⁾.

Condiciones que favorecen su uso:

“Insuficiencia cardiaca congestiva, disfunción ventricular izquierda, postinfarto de miocardio, nefropatía no diabética, nefropatía diabética tipo 1 y tipo 2, proteinuria”⁽²²⁾.

Entre los más empleados, tenemos:

- **Captopril:**

Concentración: 25mg Dosis usual: 50-100mg/día

Frecuencia diaria: 3 tab.

Vía de excreción preferente: renal

- **Enalapril:**

Concentración: 10-20 mg Dosis usual: 5-20mg/día

Frecuencia diaria: 1 – 2 tab.

Vía de excreción preferente: renal

- **Bloqueador de receptor de angiotensina II:** “Actúan como antagonistas o bloqueantes del receptor de la enzima angiotensina II, causando vasodilatación, lo cual reduce la secreción de la vasopresina, así mismo reduce la producción y secreción de aldosterona, entre otras acciones”⁽²⁴⁾.

Condiciones que favorecen su uso:

“Nefropatía diabética tipo 2, microalbuminuria diabética, proteinuria, hipertrofia ventricular izquierda, tos por IECA” (22).

Entre los más empleados, tenemos:

- **Losartán:**
Concentración: 50mg
Dosis usual: 50-100mg/día
Frecuencia diaria: 1-2 tab.

 - **Valsartán:**
Rango de dosis: 80-320mg/día
Frecuencia diaria: 1 tab.

 - **Irbersartán:**
Rango de dosis: 150-300 mg/día
Frecuencia diaria: 1 tab.
- **Calcio antagonista:** “bloqueantes de los canales de calcio, causa depresión de la función miocárdica, enlentece de los impulsos eléctricos, y produce una reducción del tono vascular coronario y sistémico, se dividen en dos grupos: dihidropiridinas y no dihidropiridinas” (25).
- **Dihidropiridinas:** “Pacientes ancianos, hipertensión sistólica aislada, angina de pecho, enfermedad vascular periférica, aterosclerosis carotídea, embarazo. No producen bradicardia ni disminución del gasto cardíaco” (25).
- **Nifedipino:**
Concentración: 30mg
Dosis usual: 30-60 mg/día
Frecuencia diaria: 1 tab.

- **No dihidropiridinas:** “Angina de pecho, aterosclerosis carotídea. Producen bradicardia y disminución del gasto cardiaco” ⁽²⁵⁾.
 - **Verapamilo:**
Concentración: 80mg
Dosis usual: 80-320 mg/día
Frecuencia diaria: 3 tab.
 - **Diltiazem:**
Concentración: 60mg
Dosis usual: 90-360mg/día
Frecuencia diaria: 2-3 tab.
- **Diuréticos:** “disminuyen el volumen extracelular al momento que interfieren con la reabsorción de agua y sodio, lo cual produce una caída de la volemia, consecuentemente cae el volumen del minuto cardiaco y la presión arterial” ⁽²⁶⁾.

Condiciones que favorecen su uso:

“Insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión en los adultos mayores, insuficiencia renal, post infarto de miocardio. Entre los más empleados, tenemos” ⁽²²⁾:

- **Hidroclorotiazida:**
Concentración: 25mg
Dosis usual: 25-50mg/día
Frecuencia diaria: 1tab.
- **Furosemida:**
Concentración: 40mg
Dosis usual: 20-80mg/día
Frecuencia diaria: 2 tab.

- **Espironolactona:**
Concentración: 25mg
Dosis usual: 25-50mg/día
Frecuencia diaria: 1-2 tab.

- **Beta bloqueadora:** “bloquea el receptor beta adrenérgico, produciendo una reducción de la frecuencia cardiaca, la presión arterial y la contractilidad (fuerza del corazón) favoreciendo la diástole cardiaca, mejora la función del corazón y el flujo de sangre a las arterias coronarias” ⁽²⁷⁾. Entre los más empleados, tenemos:
 - **Propanolol:**
Concentración: 40mg
Dosis usual: 40-160mg/día
Frecuencia diaria: 2tab.

 - **Atenolol:**
Concentración: 50-100mg
Dosis usual: 50-100mg/día
Frecuencia diaria: 1tab.

 - **Carvedilol:**
Concentración: 6.25 – 12.5 – 25 mg
Dosis usual: 12.5 – 50 mg/día
Frecuencia diaria: 2tab.

 - **Bisoprolol:**
Concentración: 5mg
Dosis usual: 2.5-10mg/día
Frecuencia diaria: 1tab.

- **Metildopa:** “Actúa en el sistema nervioso central para disminuir la PA sistémica, indicado para el tratamiento de hipertensión moderada a severa” (28).

Concentración: 250mg

Dosis usual: 500-1000mg/día

Frecuencia diaria: 2 – 3 tab.

❖ **Manifestaciones orales de la HTA**

“Esta enfermedad crónica, no se presentan manifestaciones a nivel oral, a excepción, de que existe tendencia hemorrágica, hemorragias petequiales como consecuencia del aumento súbito y severo de la PA” (29).

“Sin embargo, se pueden identificar lesiones y condiciones secundarias al empleo de fármacos antihipertensivos” (29).

“Las manifestaciones orales más frecuentes causadas por los antihipertensivos” (29).

1. “**Hiposalivación**, existe una disminución de la secreción salival, debido a que se produce una lesión de las glándulas salivales mayores y menores, relacionada al uso de diuréticos, esto predispone a la aparición de caries dental y enfermedad periodontal” (29).
2. “**Reacciones liquenoides a fármacos**, lesiones semejantes al liquen plano, generalmente en la mucosa bucal, relacionadas al uso de fármacos como tiazidas, metildopa, propranolol y labetalol” (29).
3. “**Hiperplasia gingival generalizada**, debido al uso de los fármacos calcio antagonistas, como el nifedipino” (29).
4. “**Úlceras aftosas**, ulceración de la mucosa, generalmente relacionado al uso de IECA” (29).

5. **“Penfigoide bulloso**, o penfigoide ampoloso, pueden ser ocasionado por el uso de IECA” ⁽²⁹⁾.
6. **“Edema angioneurótico**, es una reacción alérgica mediada por IgE, causada por los IECA, se presenta edema difuso en tejidos subcutáneos y submucosos” ⁽²⁹⁾.
7. **“Eritema multiforme**, es una reacción de hipersensibilidad diseminada, alrededor de los vasos superficiales de la piel y mucosas. Está relacionado al uso de diuréticos” ⁽²⁹⁾.
8. **“Alteraciones del gusto**. Dentro de éstas se encuentran disgeusia, hipogeusia y ageusia, las cuales están asociados al uso de captopril y enalapril, espironolactona (diuréticos), nifedipino y diltiacem” ⁽²⁹⁾.

❖ Manejo odontológico del paciente hipertenso

“Debido a la alta prevalencia de pacientes con hipertensión arterial que desconocen su condición, se puede deducir que no reciben control ni medicación de su enfermedad, lo cual lleva a un riesgo al momento de realizar algún tratamiento odontológico” ⁽³⁰⁾.

El primer punto a realizar, debe ser recopilar datos a través de la anamnesis, y medir la PA dos veces en el mismo brazo con un intervalo de 2 minutos, si se observa que difieren los valores de PAD en más de 10mmHg se debe de volver a realizar la toma hasta que los valores estén estabilizados, se determinará el valor definitivo haciendo un promedio de los valores PAS que se encontraron y el promedio de los valores de PAD estabilizados. ⁽³⁰⁾

“Algunos pacientes con hipertensión arterial diagnosticada pueden estar recibiendo tratamiento farmacológico, por lo que se debe que preguntar qué es lo que está consumiendo, para establecer las posibles interacciones y determinar las manifestaciones orales de éstos” ⁽³⁰⁾.

“El manejo odontológico del paciente hipertenso tiene como objetivo”⁽³⁰⁾:

- “Reducción del estrés y ansiedad, ya que son factores que incrementan la PA”⁽³⁰⁾.
- “Establecer relación estable y honesta con el paciente”⁽³⁰⁾.
- “Discutir con el paciente sus miedos, para evitar situaciones estresantes o de incomodidad”⁽³⁰⁾.
- “Usar premedicación si es necesaria (Benzodicepinas)”⁽³⁰⁾.
- “Usar óxido nitroso si es necesario, evitando hipoxia porque puede producir un aumento brusco de la PA”⁽³⁰⁾.
- “Cambios graduales de posición para evitar hipotensión postural”⁽³⁰⁾.

“El MINSAL indica para tratamiento de pacientes hipertensos con o sin control el empleo de anestésico local al 3% sin vasoconstrictor, sin embargo, no existe contraindicación para el uso de anestesia al 2% con vasoconstrictor, en pacientes que controlan su enfermedad”⁽³¹⁾. “Una vez que se iniciado el tratamiento, después de la colocación de la anestesia local, se debe controlar la PA”⁽³⁰⁾. “Estudios demuestran que la utilización de 2 a 3 cartuchos de lidocaína con epinefrina, no constituyen un factor de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos”⁽³⁰⁾.

“En pacientes de estadio 2 o con síntomas hipertensivos es recomendable no realizar la atención odontológica. Asimismo, luego de realizar la terapia se debe de controlar nuevamente la PA”⁽³⁰⁾.

2.2.3. Enfermedad metabólica:

2.2.3.1. Diabetes mellitus.

En el 2014, la prevalencia a nivel mundial de esta enfermedad aumentó del 4,7% al 8,5%, en el 2015 a consecuencia de la diabetes

fallecieron 1,6 millones de personas y otros 2,2 millones a causa de niveles altos de glucemia, por lo que esta enfermedad es considerada una de las cuatro ECNT que deben intervenir de forma prioritaria, ya que el número de casos y la prevalencia ha ido en aumento. ⁽³¹⁾

“La diabetes mellitus es una enfermedad crónica de origen metabólico, que resulta de la ausencia o la insuficiencia de insulina, debido a la baja producción por el páncreas o cuando el cuerpo no emplea de manera eficaz la insulina que este mismo produce” ⁽³¹⁾.
“La insulina actúa principalmente en la regulación del metabolismo de los carbohidratos, su deficiencia ocasiona disminución del ingreso de la glucosa a los tejidos por lo tanto se produce el aumento de los niveles de glucosa en la sangre” ⁽³¹⁾.

“Los síntomas principales de la diabetes son la pérdida de peso sin razón aparente, polidipsia, polifagia, poliuria, debilidad y fatiga” ⁽³¹⁾.

❖ **Clasificación de la DM:**

“En el año de 1997 y 1998 la Organización Mundial de la salud (OMS), la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y el Diabetes Epidemiology Collaborative Analysis of Diagnostic Criteria in Europe (DECODE) propusieron la nueva clasificación de la diabetes mellitus” ⁽³²⁾.

Dando como resultado la siguiente clasificación:

✓ **Diabetes mellitus tipo 1:**

Es el tipo de diabetes que es llamado juvenil o insulino dependiente, afecta a personas menores de 30 años principalmente niños y adolescentes, su característica principal es la incapacidad del organismo para producir insulina, por lo

cual requieren inyecciones de insulina diarias durante toda su vida. ⁽³³⁾

“Los síntomas principales son polidipsia polifagia, poliuria, pérdida de peso, trastornos visuales, infecciones recurrentes y graves, cetoacidosis” ⁽³³⁾.

✓ **Diabetes mellitus tipo 2:**

“Diabetes del adulto, diabetes sacarina o la no insulino dependientes, afecta principalmente a personas mayores de 40 años, este tipo de diabetes representa la mayoría de casos a nivel mundial” ⁽³³⁾.

“Tiene origen en la incapacidad del cuerpo para emplear de manera eficaz la insulina” ⁽³³⁾. “Las personas que padecen de este tipo de diabetes son generalmente obesas, presentan poliuria, polidipsia, polifagia pero con menor intensidad que el tipo 1, el tratamiento está orientado al cambio de estilos de vida, incremento de actividad física y alimentación adecuada” ⁽³³⁾.

✓ **Otros tipos específicos de DM:**

Diabetes mellitus gestacional:

“Este tipo de diabetes es diagnosticado durante el embarazo, se produce aproximadamente en el 2% de gestantes, la etiología se atribuye a los cambios hormonales propios de la gestación que originan una resistencia a la acción de la insulina” ⁽³³⁾. “Este tipo de pacientes y sus hijos corren riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 posteriormente, así mismo existe riesgo de muerte perinatal y peso excesivo al nacer” ⁽³³⁾.

Cuadro N° 04: Clasificación de la diabetes mellitus

Tipo de diabetes	Descripción
Diabetes mellitus 1	Generalmente mediada por autoinmunidad, que condiciona destrucción de células beta del páncreas, con un déficit absoluto de insulina
Diabetes mellitus 2	Caracterizada por resistencia a la acción de la insulina y deficiencia relativa de su secreción
Diabetes gestacional	Es una alteración del metabolismo de los carbohidratos, que se inicia durante el embarazo
Otras diabetes	Se relaciona con defectos genéticos de la función de células beta, de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino endocrinopatías (acromegalia, síndrome de Cushing), cromosomopatías (síndrome de Turner, síndrome de Down) o relacionadas con medicamentos (glucocorticoides, pentamidina, diazóxido)

FUENTE: “Cuidado integral del asegurado con diabetes mellitus en el seguro social de salud – EsSalud”. Directiva de gerencia central de prestaciones de salud N°05-GCPS-ESSALUD-2016. ⁽³⁴⁾

❖ **Diagnóstico:**

“Para determinar la diabetes mellitus, se debe realizar un examen de glucemia, el cual se realiza a través de la sangre; este examen se puede realizar de la siguiente manera” ⁽³⁵⁾:

“Los valores normales en ayunas (8 horas), son de 70 – 110 mg/dl y posprandial (después de comer), 140 mg/dl” ⁽³⁵⁾.

“El diagnóstico de diabetes se establece al demostrar una elevación de la glucosa plasmática según cualquiera de los criterios siguientes” ⁽³⁵⁾:

- “Poseer signos y síntomas de diabetes junto a una concentración ocasional de glucosa plasmática de 100 – 125 mg/dl en ayunas y posprandial 140 – 199mg/dl, sugiere prediabetes” ⁽³⁵⁾.
- “Tener niveles de glucosa plasmática en ayunas \geq 126 mg/dl y \geq 200 mg/dl posprandial, supone que el paciente es diabético” ⁽³⁵⁾.

- “La Asociación Americana de Diabetes estableció que los niveles óptimos de glucosa en sangre para pacientes diabéticos son de 80 – 130 mg/dl en ayunas y menos de 180 mg/dl postprandial” ⁽³⁵⁾.

❖ **Tratamiento:**

“El tratamiento de la diabetes se basa en el control de la enfermedad, manteniendo el nivel de glucosa en sangre lo más cercano a valores normales, sin embargo, cada persona tiene necesidades especiales en cuanto a su cuidado” ⁽³⁶⁾.

“Resultan primordiales los aspectos comportacionales del individuo, para lo cual se debe realizar lo siguiente” ⁽³⁶⁾:

- “Conseguir niveles óptimos de lípidos” ⁽³⁶⁾.
- “Dieta adecuada en calorías, alimentación saludable, para conseguir un peso razonable” ⁽³⁶⁾.
- “Evitar sedentarismo y tabaco” ⁽³⁶⁾.
- “Medir el nivel de glucosa frecuentemente” ⁽³⁶⁾.
- “En caso, de usar insulina, cumplir con las inyecciones” ⁽³⁶⁾.

En el caso de la diabetes tipo 1 el tratamiento es la insulino terapia. El inicio del tratamiento es preferible la pauta de 2 dosis al día (salvo en edades avanzadas, donde solo se administra 1 dosis), iniciando con 0,50 U/kg/día, aumentando con prudencia a 2-4 U/día durante al menos 2 días. ⁽³⁶⁾

“Para pacientes con diabetes tipo 2, la principal opción terapéutica son los hipoglucemiantes orales. Existen fármacos con distinta función, cuyo propósito es disminuir los niveles plasmáticos de glucosa” ⁽³⁶⁾.

Se pueden emplear los siguientes medicamentos, para:

- Sensibilizar cuerpo a insulina: Tiazolidinedionas o bisguanidas.

- **“Tiazolidinedionas:** incrementan la acción de la insulina, por lo que producen la disminución del nivel de glicemia” ⁽³⁷⁾.

“Desde 1999 se tienen disponibles a la rosiglitazona y la pioglitazona, los cuales han sido aceptados como agentes de primera y segunda línea en terapia farmacológica. Entre los más empleados, tenemos” ⁽³⁷⁾:

- **Rosiglitazona:**

Presentación: 4 mg (28-56 comp) - 8mg (28comp)

- **Pioglitazona:**

Dosis: 15 a 45 mg/día

- **RSG + MF:**

Presentación: RSG 4mg (56comp) + MF 850mg (50comp)

- **“Bisguanidas:** disminuye la neoglucogénesis (producción hepática de glucosa), en este grupo el único fármaco disponible actualmente es la metformina” ⁽³⁸⁾.

- **“Metformina:** disminuye la producción de glucosa hepática. Se emplea para la hiperglucemia crónica en diabetes tipo 2” ⁽³⁸⁾.

Presentación: 500 – 850 - 1000 mg (50comp)

Dosis inicial: 850 mg/día

Dosis máxima: 2250 mg/día

Frecuencia diaria: 2-3 tomas.

- Controlar la producción de glucosa hepática: Tiazolidinedionas o bisguanidas.
- Estimular al páncreas a producir más insulina: Meglitinidas o sulfonilureas.

- **“Meglitinidas:** disminuye la neoglucogénesis, está contraindicado en pacientes con DM tipo 1, cetoacidosis diabética, embarazo y lactancia”⁽³⁸⁾.

- **Repaglinida:** estimula la secreción de insulina.

Presentación: 0.5 mg -1mg - 2 mg (90comp)

Dosis inicial: 1-2mg

Dosis total diaria: 16mg

- **“Sulfonilureas:** Tiene un efecto hipoglucemiante agudo por estímulo de la secreción de insulina a nivel de la célula beta pancreática. Entre ellos, tenemos”⁽³⁹⁾:

- **Glibenclamida:**

Presentación: 5mg (30 – 100comp)

Dosis inicial: 2.5 – 5 mg/día

Dosis máxima: 15mg/día

- **Clorpropamida:**

Presentación: 250mg

Dosis inicial: 125 mg/día

Dosis máxima: 500mg/día

- **Gliclazida:**

Presentación: 80mg

Dosis inicial: 80mg/día

Dosis máxima: 320mg/día

- **Glipizida:**

Presentación: 5mg

Dosis inicial: 2.5 – 5mg/día

Dosis máxima: 30mg/día

- Retrasar la absorción de carbohidratos: inhibidores α -glucosidasa.
- **“Inhibidores α -glucosidasa:** Actúan inhibiendo las enzimas que actúan en el desdoblamiento de la sacarosa, maltosa y otros oligosacáridos en monosacáridos, lo que produce una demora en la digestión de los hidratos de carbono” ⁽⁴⁰⁾. “Está indicado en la DM 2 no controlada para corregir hiperglucemias moderadas” ⁽³⁹⁾.
 - **Acarbosa:**
 Presentación: 50 mg (30 y 100comp) - 100mg (30 y 100comp)
 – 100mg (100comp)
 Dosis inicial: 150mg/día
 Dosis máxima: 600mg/día
 - **Miglitol:**
 Presentación: 50mg (30 y 90comp) - 100mg (30 y 90comp)
 Dosis inicial: 150mg/día
 Dosis máxima: 300mg/día
- Aumentar la captación periférica de glucosa: insulina.
- **“Insulina:** actúa en tejido muscular, hígado, tejido adiposo, inhibe la degradación de glucógeno, lípidos y proteínas y regula el transporte de glucosa. Las insulinas se clasifican en cuatro categorías, según el inicio de acción” ⁽⁴⁰⁾:
 - “Insulina de acción ultra-rápida: lispro, aspart y glulisina” ⁽⁴⁰⁾
 - “Insulina de acción rápida incluyendo la insulina regular o *R*” ⁽⁴⁰⁾
 - “Insulina de acción intermedia o NPH (Neutral Protamine Hagedorn) o *N*” ⁽⁴⁰⁾
 - “Insulinas de acción prolongada incluyendo los análogos de acción ultra larga glargina y detemir” ⁽⁴⁰⁾.

Cuadro N°05: Clasificación de la insulina

Preparación	Inicio de acción	Pico de acción	Duración de la acción
Análogos de acción ultra rápida			
Insulina lispro	5 - 15 min	30 – 90 min	3 – 5 hr
Insulina aspart	5 – 15 min	30 – 90 min	3 – 5 hr
Insulina glulisina	5 – 15 min	30 – 90 min	3 – 5 hr
Análogos de acción prolongada			
Insulina glargina	2 – 4 hr	Ninguno	20 – 24 hr
Insulina detemir	2 – 4 hr	6 -14 hr	16 – 20 hr

FUENTE: Sapiens Medicus. “Insulinoterapia: Esquema de tratamiento para la DM2” (2015).⁽⁴⁰⁾

❖ **Manifestaciones orales de la diabetes:**

- **Caries dental:** “los niveles de glucosa en la saliva se ven aumentados, por lo cual se desarrolla caries en pacientes con o sin control”⁽⁴¹⁾. “En pacientes con diabetes tipo 1 que tienen un control pobre y un inicio temprano de la misma, aumenta el riesgo de caries dental, pero una higiene dental apropiada junto con un control metabólico satisfactorio puede prevenir su desarrollo”⁽⁴¹⁾.
- **Enfermedad periodontal:** “este tipo de pacientes son susceptibles a presentar esta manifestación en boca, es una de las complicaciones más frecuentes en diabéticos, la severidad y progresión es rápida y constituye la primera causa de la pérdida dentaria”⁽⁴¹⁾.
- **Alteraciones de las glándulas salivales:** “los diabéticos suelen presentar xerostomía, debido a la baja producción de saliva”⁽⁴²⁾. “En un estudio realizado con 154 pacientes con diabetes tipo 2, la prevalencia de xerostomía fue de un 62% frente al 36% en no diabéticos; la hipo salivación fue del 46% frente al 28%”⁽⁴²⁾.

- **Enfermedades de la mucosa oral:** “se observa mayor incidencia de liquen plano, estomatitis aftosas, así como también infecciones por hongos, debido a procesos de inmunodepresión crónica, como secuela de la propia enfermedad en los pacientes con diabetes tipo 1 y una consecuencia de hiperglucemias agudas en los diabéticos tipo 2” (43).
- **Infecciones orales (candidiasis):** “lesiones oportunistas que atacan a pacientes inmunodeprimidos, es más frecuente en pacientes diabéticos fumadores, portadores de prótesis dental y con mal control de la glucemia” (43). “La poca producción de saliva también es un factor predisponente a estas infecciones” (43).
- **Alteraciones del gusto:** “la mayoría de pacientes diabéticos manifiestan disminución de la percepción del gusto, lo que puede conducir a hiperfagia y obesidad” (44). “Esta alteración puede impedir un correcto seguimiento de la dieta y empeorar la diabetes” (44).
- **Alteraciones neuro sensitivas y visuales:** “los pacientes diabéticos pueden presentar disestesias prolongadas, que impedirían la correcta higiene dental” (44). “Así mismo, pueden presentar el síndrome de alteración orofacial neuro sensitiva, o síndrome de la boca ardiente” (44).

❖ **Manejo odontológico del paciente diabético:**

“En la práctica diaria del odontólogo, llegan a consulta pacientes con DM, por lo cual resulta fundamental tener en cuenta ciertas consideraciones antes de realizar algún tratamiento” (45).

“Inicialmente, se debe realizar un buen llenado de la historia clínica, preguntando al paciente sobre sus antecedentes” (45); “y recolectando signos sugerentes como sed, pérdida o aumento de peso reciente, orina excesiva; a nivel oral, xerostomía sin causa aparente, candidiasis, glositis, enfermedad periodontal de evolución rápida, etc.” (45)

Si el paciente relata ser diabético diagnosticado debe precisar el tiempo de la enfermedad, debido que, la severidad dependerá de ello, el odontólogo debe conocer el tipo de diabetes y el control que lleva, ya que con esto podremos relacionar la condición oral con el estado sistémico.
(45)

“El paciente pobremente controlado o no controlado no debe recibir tratamiento odontológico electivo hasta que su condición sea estable” (45).
“En el caso de pacientes diabéticos ID o NID controlados pueden seguir tratamiento en la mayoría de procedimientos odontológicos sin necesidad de modificar los protocolos de atención” (45).

El manejo odontológico del paciente diabético, tiene como objetivo:

- “Programar citas en primeras horas de la mañana, de corta duración y libres de estrés” (45).
- “Medir los niveles de glucosa en sangre antes de empezar con el tratamiento odontológico, paciente con nivel bajo de glucosa en sangre (<70mg/dL), deberá consumir algún carbohidrato” (45).
- “Asegurarse de que el paciente haya comido normalmente y tomado su medicación usual, si el paciente no desayuno antes de la cita pero si se aplicó la dosis normal de insulina existe riesgo de un episodio hipoglicémico” (45).
- “Fármacos como la epinefrina, corticoesteroides, tiazidas, fenitoína, tienen efectos hiperglicemiantes, por lo que deben evitar ser prescritos” (45).
- “Analgésicos a indicar en este tipo de pacientes: Paracetamol, paracetamol + codeína” (45).
- “Control del dolor para evitar la liberación de adrenalina, eliminación de glucocorticoides y disminuir la secreción de insulina” (45).
- “Profilaxis antibiótica en los tratamientos que comprometan riesgo quirúrgico” (45).
- “En pacientes diabéticos se administra anestésicos locales sin vasoconstrictor, en caso de que requieran tratamientos agresivos

como endodoncias y exodoncias, puede colocarse un anestésico local con vasoconstrictor, pero a bajas concentraciones” (45).

- “No deben ser recomendados enjuagatorios bucales con alto contenido de alcohol” (45).

2.2.4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica:

“La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), es una enfermedad progresiva, incurable, y potencialmente mortal, caracterizada por la limitación de la vía aérea, tos crónica y expectoración excesiva; sin embargo, es una enfermedad prevenible y tratable” (46). “Según la OMS y la OPS esta enfermedad afecta a más de 200 millones de personas y se estima que causa el 5% del total de las muertes por año, se prevé que las víctimas del EPOC aumentarán en los próximos 10 años” (46).

Para aclarar aún más la definición:

- “La EPOC es prevenible” (48).
- “Se describe como causa principal la exposición al humo del tabaco” (48).
- “Otros factores de riesgo potenciales son la exposición al humo, aire contaminado y factores genéticos” (48).
- “La EPOC es tratable con modalidades de tratamiento específicas” (48).
- “La limitación del flujo aéreo es progresivo, pero tratable” (48).
- “La exposición a partículas o gases nocivos, como el humo del cigarrillo, genera la respuesta inflamatoria” (48).

❖ Signos y síntomas de la EPOC:

“Los síntomas de la EPOC, se inician de manera lenta e insidiosa, generalmente se hace evidente a partir de los 40 o 50 años” (46).

- ✓ “Tos crónica, de forma esporádica, con progreso de una tose diaria” (46).

- ✓ “Aumento de la expectoración (la mucosidad que se expulsa de las vías respiratorias por medio de la tos)”⁽⁴⁶⁾.
- ✓ “Falta de aliento, al momento de realizar actividades cotidianas”⁽⁴⁶⁾.
- ✓ “Limitación de la actividad física”⁽⁴⁶⁾.

❖ **Diagnóstico de la EPOC:**

“El diagnóstico de la EPOC se determina mediante los signos y síntomas, los antecedentes, la auscultación donde se busca sibilancias, ronquidos u otros sonidos anormales, así mismo se debe someter al paciente a algunas pruebas de función pulmonar u otras pruebas, como”⁽⁴⁷⁾:

- **Espirometría:** “prueba pulmonar que consiste en respirar profundo y soplar con la mayor fuerza posible en un tubo conectado al espirómetro, que es el encargado de medir la cantidad de aire que se exhala y la rapidez con que se realiza”⁽⁴⁷⁾.
- **Radiografía de tórax:** “obtención por imágenes del interior del pecho y también órganos como el corazón, pulmones y vasos sanguíneos, con esta prueba también se puede determinar si otra enfermedad causa los síntomas, como la insuficiencia cardíaca”⁽⁴⁷⁾.
- **Análisis de gases arteriales:** “permite determinar la gravedad de la EPOC y si existe necesidad de oxigenoterapia ya que mide la concentración de oxígeno de la sangre que proviene de una arteria”⁽⁴⁷⁾.

❖ **Hallazgos físicos para ayudar en el diagnóstico de la EPOC:**

- “Cianosis central”⁽⁴⁸⁾
- “Aplanación del diafragma, frecuencia respiratoria en reposo aumentada (20+ respiraciones por minuto)”⁽⁴⁸⁾.
- “Edema de tobillos o de miembros inferiores puede ser un signo de insuficiencia cardíaca”⁽⁴⁸⁾.

❖ Clasificación:

Se debe confirmar mediante la realización de una espirometría que demuestre limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible, con un FEV₁ (volumen espiratorio máximo en el primer segundo) post-broncodilatación < 80% del valor de referencia en asociación con un índice FEV₁/FVC (capacidad vital forzada) < 70%. La GOLD propone una clasificación de la EPOC, en 4 estadios: ⁽⁴⁹⁾

Cuadro N° 06: Clasificación de la EPOC

Estadio	FEV ₁ /FVC*	FEV ₁
O: Normal	Espirometría normal	Espirometría normal
I. Leve	< 0,70	≥ 80%
I. Moderado	< 0,70	50% ≤ FEV ₁ < 80%
II. Grave	< 0,70	30% ≤ FEV ₁ < 50%
III. Muy grave	< 0,70	FEV ₁ < 30% FEV ₁ < 50% e insuficiencia respiratoria crónica

FUENTE: Clasificación de la EPOC según la GOLD. Guías Clínicas de la Sociedad Gallega de Medicina Interna. Tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable; 2012. ⁽⁴⁹⁾

❖ Tratamiento de la EPOC:

El aspecto más importante del tratamiento de la EPOC consiste en disminuir el progreso de la enfermedad, para ello se debe evitar el humo del tabaco y eliminar otros contaminantes del aire en la casa o el lugar donde labora el paciente.

Dentro del tratamiento farmacológico de la EPOC, existen dos tipos de fármacos, que controlan los síntomas, disminuir la frecuencia y la gravedad.

Los broncodilatadores de acción corta: sirven para aumentar el diámetro de los bronquios, dilatándolos. Su administración es mediante spray; entre los más conocidos, tenemos:

- **Salbutamol:** (2.5mg de 3 ó 4 veces/día por nebulización)
Para administrarlo 2.5 de salbutamol por nebulización, diluir 0.5 ml de solución para inhalar al 0.5% hasta un volumen de 3ml con cloruro de sodio al 0.9%.

Los broncodilatadores de larga duración:

- **Salmeterol:** inhalación oral dos veces al día (mañana y noche) c/12hrs, por lo general con una duración de 30 min.
- **Formoterol:** inhalación oral de una cápsula de 12ug c/12hrs.
Dosis máxima en ancianos y adultos: 24ug/día por inhalación oral.

Anticolinérgicos:

- **Bromuro de tiotropio:** inhalación de una cápsula de 18 mcg una vez al día a la misma hora.

En pacientes con estadios avanzados de EPOC, se recomienda contar con un balón de oxígeno en casa. ⁽⁵⁰⁾

❖ Manifestaciones orales de la EPOC:

“Debe de existir una oxigenación adecuada de los tejidos orofaciales para mantener buena la salud bucal, combatir la infección, y asegurar la cicatrización adecuada después de una cirugía o lesión” ⁽⁵¹⁾. Las principales manifestaciones presentes en boca, son:

- **Enfermedad Periodontal:** por efecto secundario de medicamentos (glucocorticoides), por el tabaquismo.
- **Xerostomía:** debido a la respiración bucal
- **Alteración de glándulas salivales:** por el uso de fármacos (anticolinérgicos, antihistamínicos, agonistas- β_2).
- **Caries:** asociado a la disminución del flujo salival.
- **Candidiasis:** por inhalaciones con corticoides.
- **Leucoplasias:** por el tabaquismo

- **Erosión del esmalte:** asociado al reflujo esofágico, ingesta de algunos medicamentos. ⁽⁵¹⁾

❖ **Manejo odontológico de pacientes con EPOC:**

Inicialmente se debe manejar un adecuado llenado de la historia clínica, recolectando todos los datos de interés sobre la enfermedad del paciente, se deben evitar situaciones de estrés, y hacer que el paciente se sienta cómodo. ⁽⁵²⁾

Se sugiere tomar las siguientes precauciones:

- Evitar la ansiedad, los ruidos molestos para no llegar al estrés.
- Es recomendable programar sesiones cortas, el paciente deberá estar semisentado.
- Tener en cuenta que el spray de la turbina y del destartrador ultrasónico desencadena accesos de tos, indicar al paciente que lleve a consulta su broncodilatador, a modo de prevención.
- Se debe evitar el uso de dique de goma. Evitar en lo posible productos de látex.
- El procedimiento se debe tener pausas frecuentes para permitir que el paciente recupere el ritmo respiratorio y no se canse. ⁽⁵²⁾

2.2.5. Enfermedad Respiratoria:

2.2.5.1. Asma Bronquial:

El asma bronquial es una de las enfermedades crónicas no transmisibles, caracterizado por frecuentes ataques de disnea y sibilancias, esta enfermedad produce el estrechamiento y la inflamación de las vías que conducen aire a los pulmones. ⁽⁵³⁾

Según la OMS, actualmente existen 235 millones de personas que padecen esta enfermedad, el asma bronquial es responsable de la muerte

de 383 mil personas en el año 2015, siendo de mayor prevalencia en países de bajos ingresos. El asma siendo un problema de salud pública se diagnostica y se trata menos de lo que debería, en la mayoría de casos, las personas que presentan esta enfermedad se ven limitados a las actividades física que requieran mucho esfuerzo. ⁽⁵³⁾

❖ **Etiología**

El asma bronquial es una enfermedad multifactorial de etiología desconocida, pero se atribuye a factores genéticos, sexo y la exposición ambiental, como la inhalación de alérgenos, el humo del tabaco, irritantes químicos o la misma contaminación atmosférica, ácaros y ciertos medicamentos (aspirina, AINES, beta bloqueante). ⁽⁵³⁾

Existen otros desencadenantes, como el aire frío, las emociones fuertes (miedo, ira). ⁽⁵³⁾

Se describieron dos tipos de asma y son los siguientes:

- **“Asma extrínseca o alérgica:** se presenta con mayor frecuencia en niños y adolescentes, es producida por factores alérgenos como polvo, humedad, polen, etc.” ⁽⁵⁴⁾

- **“Asma intrínseca o idiosincrática:** se da mayormente en la edad adulta como consecuencia de un resfriado, estrés emocional; no está asociado a la historia familiar” ⁽⁵⁴⁾

Otros tipos de Asma:

- **“Asma inducida por fármacos:**
Es producida por aspirina, AINES o beta bloqueadores que producen bronco-constricción” ⁽⁵⁴⁾.

- **“Asma inducida por ejercicio:**
Se produce al realizar esfuerzo físico por irritación de la mucosa de las vías aéreas” ⁽⁵⁴⁾.

- **“Asma producida por infecciones respiratorias”** ⁽⁵⁴⁾.

❖ **Diagnóstico:**

“El diagnóstico del asma se realiza por la historia clínica apoyado por los resultados de las pruebas diagnósticas, sin embargo, no existe un “patrón oro” para su diagnóstico” ⁽⁵⁵⁾.

La falta de aire es un síntoma principal del asma, sin embargo, existen otras enfermedades pulmonares que lo producen; por lo tanto, los síntomas que se manifiestan en el asma bronquial como tos, sibilancias y ahogos deben de ser confirmados con mediciones de la limitación del flujo aéreo, pero también teniendo en cuenta que este se puede ver afectado por una obstrucción localizada de la vía aérea ⁽⁵⁶⁾.

Las pruebas que se realizan a pacientes asmáticos, son:

- **“La espirometría:** es la prueba más útil para determinar una obstrucción del flujo aéreo ⁽⁵⁷⁾.
- **“Flujo espiratorio máximo (FEM):** mide la velocidad con la que se expulsa el aire luego de una inspiración” ⁽⁵⁷⁾.

❖ **Signos y síntomas:**

Los principales síntomas del asma son:

- **Tos:** generalmente seco e irritante.
- **Disnea:** los pacientes asmáticos, lo describen como sensación de ahogo, fatiga, falta de aire.
- **Sibilancias:** ruido respiratorio, como silbidos o pitos.
- **Opresión torácica:** el paciente asmático siente presión en el tórax al momento en que respira.

“Algunos de estos síntomas pueden empeorar por la noche o ante la presencia de factores desencadenantes (el ejercicio, la exposición a neuroalérgenos o al humo del tabaco, la toma de ciertos medicamentos como el AAS, etc.)” ⁽⁵⁷⁾

❖ **Clasificación según la gravedad:**

“Los pacientes se clasifican en función de los síntomas que presentan y los resultados de las pruebas de función pulmonar (PFP). La presencia de la característica más severa será la que determine el nivel de gravedad”.
(58)

- **“Asma Intermitente:** los síntomas se dan de una a dos veces por mes, y las exacerbaciones suelen ser de corta duración.
Variabilidad del FEV1 o pico de flujo < del 20%” (59).
- **“Asma leve persistente:** los síntomas se presentan más de una vez a la semana, pero menos de una vez por día.
Variabilidad del VEF1 o flujo pico 20-30%” (59).
- **“Asma moderada persistente:** los síntomas se manifiestan a diario, y los nocturnos una vez a la semana, las exacerbaciones y el sueño afectan más al paciente.
Variabilidad del VEF1 o Pico Flujo >30%” (59).
- **“Asma severa persistente:** los síntomas se dan a diarios y son continuos al igual que los nocturnos, exacerbaciones frecuentes, actividad física limitada.
Variabilidad del VEF1 o Pico Flujo > del 30%” (59)

❖ **Tratamiento:**

Esta enfermedad requiere de tratamiento permanente, el manejo adecuado del asma, llevará al paciente a tener una vida lo más cercana a la normal.

En el tratamiento no farmacológico, podemos mencionar:

- Evitar la exposición al humo del tabaco u otros agentes que complican la enfermedad.

- Dieta equilibrada, se recomienda evitar bebidas muy frías, la cena debe ser ligera. ⁽⁵⁷⁾

El tratamiento farmacológico del asma bronquial, comprende:

El ácido acetilsalicílico, beta-bloqueadores, AINES, pueden precipitar el asma bronquial, así mismo deben evitarse medicamentos que contengan sulfitos. El tratamiento se realizará de acuerdo al grado de severidad de la enfermedad.

- **Asma intermitente:** la medicación diaria no es necesaria.
- **Asma leve persistente:** inhalación de glucocorticoide (< 500 ug de beclometasona), teofilina.
- **Asma moderada persistente:** inhalación de glucocorticoide (500 a 1000 ug de beclometasona) + beta antagonista de acción prolongada.
- **Asma severo persistente:** inhalación de glucocorticoide (>1000 ug de beclometasona + beta antagonista de acción prolongada + teofilina). ⁽⁵⁹⁾

❖ **Manifestaciones orales del asma:**

La saliva cumple un rol importante en el mantenimiento de los tejidos orales, ya que debido a sus componentes inmunológicos previene la caries o el aumento de tamaño de las lesiones; pero esta se ve afectada por los corticoides, los cuales pueden ocasionar una reducción de la saliva, por lo que este tipo de pacientes a nivel oral están predispuestos a presentar xerostomía, lesiones cariosas profundas y formación de placa dental, pacientes con deficiente o poca higiene dental, puede producir gingivitis o periodontitis. ⁽⁵¹⁾

Así mismo, la medicación inhalatoria de estos pacientes muchas veces produce irritación y enrojecimiento de la garganta, lo que predispone a que otros microorganismos puedan producir otras manifestaciones, como el mal aliento. ⁽⁵¹⁾

❖ Manejo odontológico del paciente asmático:

Inicialmente se debe contar con el llenado correcto de la historia clínica, donde especifique el tiempo y la severidad de la enfermedad, los medicamentos que se le suministra.

El principal objetivo en estos pacientes será evitar una crisis asmática durante la consulta. ⁽⁶⁰⁾

Antes del tratamiento:

- Es recomendable que el consultorio esté libre de polvo, plantas, ya que estas liberan polen, así como también deberá estar libre de aromatizantes
- El paciente debe acudir con su broncodilatador para reducir el riesgo de desarrollar un ataque asmático.
- Se le debe citar de preferencia en las últimas horas de la mañana y de la tarde.
- Evitar las situaciones de estrés y de ansiedad, establecer un ambiente agradable y de confianza.
- En pacientes asmáticos graves se recomienda el uso de su broncodilatador antes de iniciar el tratamiento.

Durante el tratamiento:

- Evitar utilizar rollos de algodón, dique de goma, eyectores de saliva, radiografías, etc.
- Es recomendable usar un anestésico con vasoconstrictor no adrenérgico, como la felipresina con prilocaína.
- Mantener al paciente semi reclinado y posición supina, para facilitar el paso del aire por las vías aéreas.
- Es recomendable disponer de un balón de oxígeno en el consultorio en caso de una crisis de asma. ⁽⁶⁰⁾

Después del tratamiento:

- No medicar al paciente con aspirina o algún tipo de analgésico, AINES ya que estos contribuyen a generar episodios de bronco constricción.
- Se recomienda emplear antihistamínicos con precaución porque poseen un efecto desecante.
- Recomendar una mejor higiene, de preferencia el paciente deberá enjuagarse la boca después de cada inhalación y/o nebulización. ⁽⁶⁰⁾

2.2.6. Enfermedad renal crónica.

“La ERC, es un problema de salud pública mundial, su incidencia se ha duplicado en los últimos 10 años afectando al 10% del total de la población, según estudios entre 1997 y 2013 más de 60.000 personas murieron por IRC”. ⁽⁶¹⁾

La enfermedad renal crónica, se define como la disminución de la función renal, la manifestación más grave es la IRC, lo que lleva al paciente a la necesidad de diálisis o trasplante renal. Según estudios el tratamiento precoz de la enfermedad, previene o retrasa la progresión de los estadios; sin embargo, la ERC evoluciona silenciosamente, por lo que en muchos casos no es diagnosticada en sus primeros estadios y se manifiesta en los estadios avanzados (IRC). ⁽⁶²⁾

❖ Clasificación de la enfermedad renal crónica:

Según NKF-KDOQI (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) la ERC, se clasifica en 5 etapas:

Cuadro N° 07: Clasificación de la ERC

ETAPA ERC	VFG (ml/min/1,73 m2)	Descripción	Prevalencia (ENS 2003)
	> 60 (sin daño renal)	Factores de riesgo ERC	
1	> 90	VFG normal con daño renal	
2	60 – 89	VFG levemente reducida con daño renal	
3	30 – 59	VFG moderadamente reducida	5.7 %
4	15 – 29	VFG severamente reducida	0.2 %
5	< 15 (o diálisis)	Falla renal terminal	0.1 %

FUENTE: Revista Médica de Chile “Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones”. Vol. 137, núm. 1. Sociedad Médica de Santiago de Chile 2012. ⁽⁶³⁾

❖ **Diagnóstico:**

La ERC, puede ir desarrollándose en silencio muchos años, por lo cual hacerse pruebas a tiempo es fundamental para su detección precoz; en caso de ser detectada la enfermedad se tendrán que realizar pruebas regularmente para observar si se encuentra en progreso. ⁽⁶⁴⁾

Es recomendable en personas con riesgo de ERC, particularmente en pacientes con diabetes mellitus o hipertensión arterial, realizarse análisis de orina, albuminuria, y concentración de creatinina sérica. ⁽⁶⁴⁾

El indicador de la función renal es la TFG y la no concentración de creatinina en el suero. Algunos exámenes complementarios que determinan la presencia de ERC, son:

- **Análisis de orina:** proteinuria, hematuria, albuminuria.
- **Análisis de sangre:** concentración de creatinina, urea, ácido úrico, fosfatos, triglicéridos, colesterol, acidosis metabólica.
- **Exámenes por imagen:** observar los riñones por medio de ecografías, si están aumentados o disminuidos en tamaño. ⁽⁶⁴⁾

❖ **Tratamiento:**

Para inhibir el avance de la ERC, se deben prevenir las complicaciones asociadas a la IRC. El tratamiento de ERC, según la etapa en que se encuentre el paciente, incluye:

- ✓ “Terapia específica, basada en el diagnóstico” ⁽⁶³⁾.
- ✓ “Dieta restringida en fósforo” ⁽⁶³⁾.
- ✓ “Aminorar la pérdida de función renal” ⁽⁶³⁾.
- ✓ “Prevención y tratamiento de enfermedad cardiovascular” ⁽⁶³⁾.
- ✓ “Prevención y tratamiento de complicaciones de la función renal reducida” ⁽⁶³⁾.
- ✓ “Preparación para terapias de sustitución renal” ⁽⁶³⁾.
- ✓ “Reemplazo de la función renal por diálisis o trasplante” ⁽⁶³⁾.

Individuos en riesgo, pero que no tienen ERC, deben ser aconsejados para seguir un programa de reducción de factores de riesgo, y control periódico. ⁽⁶³⁾

❖ **Manifestaciones orales en la insuficiencia renal crónica:**

Las manifestaciones a nivel oral de pacientes con ERC, pueden ser propias de la enfermedad o como resultado de la medicación que emplea el paciente para tratar la ERC. ⁽⁶⁵⁾

Según un estudio realizado en 119 pacientes con IRC para identificar las principales manifestaciones orales, al examen clínico se observó:

- “Aumento en la incidencia de patología periodontal (gingivitis), hiperplasia gingival” ⁽⁶⁵⁾.
- “Úlceras bucales” ⁽⁶⁵⁾.
- “Candidiasis” ⁽⁶⁵⁾.
- “Petequias y equimosis” ⁽⁶⁵⁾.
- “Xerostomía” ⁽⁶⁵⁾.
- “Placa bacteriana, calculo dental” ⁽⁶⁵⁾.
- “Caries” ⁽⁶⁵⁾.

- “Hipoplasia del esmalte” ⁽⁶⁵⁾.
- “Perdida de inserción, movilidad dentaria” ⁽⁶⁵⁾.
- “Disfunción temporomandibular” ⁽⁶⁵⁾.

❖ **Manejo odontológico de paciente con enfermedad renal crónica:**

- Previo a iniciar algún tratamiento odontológico en este tipo de pacientes, se debe conocer el tiempo de protrombina y controlar la PAM
- Los procedimientos quirúrgicos se realizarán de manera que disminuya el riesgo de hemorragia.
- Evitar los fármacos nefrotóxicos de uso habitual en odontología, como la tetraciclina, Aciclovir, AINES, Aspirina, Ketoconazol, Anfotericina B y Paracetamol. Ante cualquier duda con respecto a la prescripción de medicamentos es preferible consultar con el médico tratante.
- Siendo el caso de pacientes dializados se recomienda, que requieran tratamientos quirúrgicos, consultar con el médico tratante la indicación de antibióticos. ⁽⁵²⁾

2.2.7. Rehabilitación con prótesis parcial removible:

“La P.P.R. necesita cumplir con determinadas características que son fundamentales para su correcto funcionamiento. Para esto su diseño y la preparación de las piezas dentarias remanentes deben ofrecer” ⁽⁶⁶⁾:

- “Un eje de inserción” ⁽⁶⁶⁾.
- “Obtener una posición de asentamiento absolutamente estable” ⁽⁶⁶⁾.
- “Permitir que esta estabilidad se mantenga de la manera más eficiente ante los requerimientos funcionales y para funcionales” ⁽⁶⁶⁾.

❖ Preparación de los dientes que van a recibir una prótesis parcial removible:

“El éxito o el fracaso de la PPR dependen de muchos factores, que incluyen la condición de la boca del paciente, el estado periodontal y el pronóstico a largo plazo de los dientes presentes” ⁽⁶⁶⁾. “Durante las fases clínicas del tratamiento, el odontólogo debe establecer unos excelentes planos guía, preparar apropiadamente los descansos para los apoyos, y diseñar bien las coronas si aplica” ⁽⁶⁶⁾.

“Esta es la secuencia para la preparación dental” ⁽⁶⁶⁾:

- “Estabilizar el plano oclusal” ⁽⁶⁶⁾
- “Remodelación de las superficies proximales de los dientes posteriores” ⁽⁶⁶⁾
- “Remodelación de las superficies proximales de los dientes anteriores” ⁽⁶⁶⁾
- “Remodelación de las superficies vestibulares y linguales de los dientes” ⁽⁶⁶⁾
- “Preparar los descansos” ⁽⁶⁶⁾
- “Pulir todas las superficies alteradas” ⁽⁶⁶⁾

❖ **Diseño de la prótesis parcial removible:**

El éxito en el tratamiento del paciente parcialmente edéntulo con una restauración parcial removible se fundamenta en el equilibrio que se logre establecer entre las diferentes fuerzas que se ejercen sobre los tejidos de soporte y las diferentes resistencias (dentales y mucosas) encargadas de controlarlas. ⁽⁶⁶⁾

“Una PPR debe tener soporte derivado de los dientes pilares por la utilización de apoyos, de los rebordes residuales y el paladar a través de las bases protésicas, y de un conector mayor maxilar correctamente adaptados” ⁽⁶⁶⁾. “Debe también brindar estabilidad contra los movimientos horizontales mediante el empleo de conectores rígidos, retenedores indirectos que cumplan el papel de controlar movimientos, empleando los dientes pilares y los tejidos adyacentes (reborde residual y paladar)” ⁽⁶⁶⁾. “Finalmente, la PPR debe tener retención para poder resistir las fuerzas de desplazamiento o desalajo que tratarán de retirarla de su asentamiento establecido” ⁽⁶⁶⁾.

❖ **Tipos de prótesis parcial removible:**

“Las bases que descansan sobre los tejidos blandos brindando siempre soporte, y a veces estabilidad y retención para las prótesis dentomucosoportadas. Pueden ser de metal o de acrílico y proporcionan la retención para los dientes artificiales” ⁽⁶⁶⁾.

“El metal está indicado en las prótesis dentosoportadas que no necesitan ser rebasadas. Una ventaja que tiene el metal sobre el acrílico es que es más higiénico lo que permite que el tejido responda más favorablemente a él” ⁽⁶⁶⁾. “El acrílico está indicado cuando hay necesidad de rebasar la base a extensión distal. Cuando se usa el acrílico, 2mm del tejido subyacente a la placa proximal debe estar cubierto de metal” ⁽⁶⁶⁾.

2.2.8. Rehabilitación con prótesis total:

Las dentaduras completas son sustitutos artificiales para tejidos vivientes (los dientes y sus estructuras de soporte) que se han perdido. Deben reemplazar la forma de estos tejidos en la mejor manera posible; y, lo que es más importante, deben funcionar en armonía con los tejidos remanentes que los circundan y los soportan. Por lo tanto, es lógico y conveniente mirar una dentadura como poseedora de tres superficies: la de impresión o ajuste, la oclusal o masticatoria y una superficie pulida. La superficie pulida está conformada por áreas faciales y lingual/palatina que unen la impresión y las superficies oclusales.

El dentista, con el fin de lograr una coexistencia armónica entre los tejidos bucales vivientes y los sustitutos no vivientes (dentaduras), debe entender por completo la anatomía y fisiología de los tejidos que soportan e influyen en el diseño de las dentaduras completas.

En esta sección, los principios aplicados de información anatómica y fisiológica relevante se concilian con consideraciones estéticas, para permitir al dentista rehabilitar pacientes edéntulos. ⁽⁶⁷⁾

❖ Consideraciones biológicas para las impresiones del maxilar:

Si las dentaduras y sus tejidos de soporte van a tener que coexistir por un tiempo razonable-mente prolongado, el dentista debe entender por completo la anatomía macroscópica y microscópica de las estructuras tanto de soportes como limitantes involucrados, porque ambas son básicas como áreas de soporte de dentaduras. Un entendimiento profundo de sus funciones determinara: ⁽⁶⁷⁾

- 1) “La colocación selectiva de fuerzas por las bases de las dentaduras sobre los tejidos de soporte” ⁽⁶⁷⁾.

- 2) “La forma de los bordes de la dentadura, que deberá estar en armonía con la función normal de las estructuras limitantes alrededor de ellas” ⁽⁶⁷⁾.

Con el fin de permitir al dentista producir un análogo de laboratorio, o modelo de trabajo, del área de soporte de dentadura (DBA), la colocación adecuada de las presiones selectivas en la base de la dentadura y la formación de sus márgenes son desarrollados durante los procedimientos preliminares y finales de impresión. Es conveniente ver la impresión o superficie de ajuste de una dentadura como poseedora de dos áreas: una de soporte de presión y otra periférica o de sellado. Cada una de ellas será analizada por separado, pero, a semejanza de las dos caras de una moneda, son inseparables. ⁽⁶⁷⁾

❖ **Consideraciones biológicas para las impresiones mandibulares:**

Las consideraciones biológicas para las impresiones mandibulares, por lo general son similares a las de maxilar superior: sin embargo, hay varias diferencias. El asiento basal de la mandíbula distintos tamaños y formas que el maxilar. En algunas partes del asiento basal, la submucosa contiene estructuras anatómicas diferentes a las que se encuentran en el maxilar. Además, la naturaleza del hueso de soporte de la cresta del reborde residual suele diferir entre ambos. Con frecuencia, estas variaciones bastan para requerir modificaciones importantes en los procedimientos de impresión para el maxilar y mandíbula.

En muchas ocasiones estas variaciones son tales que requieren modificaciones importantes en los procedimientos de impresión para uno y otro caso. La presencia de la lengua, así como su tamaño, forma y actividad, complican los procedimientos de impresión para las dentaduras inferiores y la capacidad del paciente para aprender a manejarlas. La incorporación clínica de los principios biológicos de las estructuras de soporte y de las estructuras limitantes permitirá al dentista desentrañar lo que en ocasiones se denomina como *el misterio de la dentadura inferior* y

proporcionar un tratamiento protodóntico exitoso para pacientes edéntulos.

Los mismos principios fundamentales del soporte para una dentadura mandibular son válidos para el soporte de una prótesis superior. Tanto el área de soporte como el sometido esfuerzo estarán en contacto con la superficie de ajuste de impresión de la dentadura. Las bases de la prótesis deben extenderse, tan lejos como sea posible, sin afectar la salud ni la función de los tejidos, cuyo soporte se deriva del hueso.

El soporte para una dentadura inferior proviene del cuerpo de la mandíbula. El sello de retención periférica es proporcionado por la forma de las bordes de la prótesis y depende de la anatomía macroscópica y microscópica de las estructuras limítrofes.

El área total de soporte de la mandíbula es significativamente menor que la del maxilar. El área disponible para soporte de dentadura en una mandíbula edéntulo es de 14 cm², mientras que en un maxilar edéntulo es de 24 cm². Esto significa que el maxilar inferior es menos resistente a las fuerzas oclusales que el superior y se debe tener cuidado extra para aprovechar el área de soporte disponible. ⁽⁶⁷⁾

2.2.9. Programa de adulto mayor

2.2.9.1. Adulto mayor:

“Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos” ⁽⁷⁰⁾. “A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad” ⁽⁶⁸⁾.

“Un desafío importante es la enorme diversidad de los estados de salud y estados funcionales que presentan las personas mayores” ⁽⁶⁹⁾. “Esta

diversidad refleja los cambios fisiológicos sutiles que se producen con el tiempo, pero que solo se asocian vagamente con la edad cronológica” (68).

“Leslie Libow (1977), especialista en medicina geriátrica, considera los siguientes como los problemas médicos más comunes en las personas de edad avanzada:” (69)

1. **“Movilidad:** La mayoría de los ancianos utiliza bastón, caminadora o silla de ruedas para su movilidad” (69).

“Solución en el centro: Facilidad en recorridos” (69).

2. **“Mental:** Presentan problemas para pensar” (69).

“Solución en el centro: Accesos, puertas, sanitarios, etc. Que resulten evidentes para ellos” (69).

3. **“Infartos:** Aproximadamente dos tercios de las personas que sufren de algún infarto se espera que tengan una completa o parcial recuperación” (69).

4. **“Corazón:** La mayoría de los ancianos padecen de algún problema serio del corazón” (69).

5. **“Próstata:** Afortunadamente es un problema operable, pero muchos pacientes no comprenden que no afecta el funcionamiento sexual” (69).

6. **“Intestinos:** Se presenta mucho el estreñimiento y la irregularidad en este aparato que además es olvidado y no muy tratado” (69).

7. **“Huesos:** Los huesos de la 3° edad se debilitan y se rompen fácilmente. Los hombres lo viven en menor grado que las mujeres. Solución en el centro: Todo el centro en una sola planta evitando escaleras” (69).

8. **“Pecho:** El cáncer de mama es de gran preocupación para las mujeres, pero es más común que surja en los 30's y 40's que en la 3° edad” (69).

9. **“Ojos:** Las cataratas son muy comunes y en la mayoría de los casos operables. Glaucoma, no tan tratable, pero es controlada. El único cambio en la vista normal a esta edad es la disminución de la vista de lejos” ⁽⁶⁹⁾.

10. **“Artritis:** Es de los problemas más comunes y aún no hay cura médico” ⁽⁶⁹⁾.

“Sin embargo, algunas personas de 80 años tienen niveles de capacidad tanto física como mental similares a los de muchos jóvenes de 20 años” ⁽⁶⁸⁾. “Pero es un hecho de que muchas personas presentan una disminución considerable de sus capacidades a edades mucho menores, puesto a que algunas personas de 60 o 70 años requieren la ayuda de terceros para realizar las actividades básicas” ⁽⁶⁸⁾.

- **Envejecimiento, salud y desarrollo:**

“Aunque hay pruebas considerables de que los adultos mayores contribuyen a la sociedad en muchos sentidos, a menudo se los ve de manera estereotipada como una carga o como personas débiles, alejadas de la realidad o dependientes” ⁽⁶⁸⁾.

“En la actualidad la mayoría de las personas vive hasta la vejez, por lo que una proporción cada vez más grande de la población será de personas mayores” ⁽⁶⁸⁾. “Se tendrá que tener en cuenta esta transición demográfica y las iniciativas tendrán que aprovechar la contribución que las personas mayores hacen al desarrollo y, al mismo tiempo, garantizar que no se las excluya” ⁽⁶⁸⁾.

“Las personas mayores contribuyen al desarrollo de muchas maneras, por ejemplo, en la producción de alimentos y en la crianza de las generaciones futuras, incluirlas en los procesos de desarrollo ayudará a fomentar una sociedad más equitativa” ⁽⁶⁸⁾.

2.2.9.2. Centro del adulto mayor:

Unidad Operativa del Sistema de Prestaciones Sociales del Seguro Social de Salud - EsSalud, concebida como espacio de encuentro generacional de personas adultas mayores, orientada a mejorar el proceso de envejecimiento mediante el desarrollo de programas de soporte familiar, intergeneracionales, socioculturales, recreativos, productivos y programas de estilos de vida para un envejecimiento activo, sin discriminación por creencia ideológica, política, religiosa, de raza, género o condición social, ni de ninguna otra índole. ⁽⁷¹⁾

❖ Funciones generales del CAM:

- Brindar prestaciones sociales a personas adultas mayores autovalentes a través de la aplicación de la cartera de servicios gerontológicos sociales, destinadas a la consecución de su bienestar con un enfoque integral, integrado, humanizado y centrado en la persona. ⁽⁷⁰⁾

- Identificar en los adultos mayores la necesidad de atención sanitaria y, de ser el caso, coordinar su derivación a las IPRESS según corresponda. ⁽⁷⁰⁾

❖ Proceso de organización del CAM:

El proceso de organización y funcionamiento se lleva a cabo mediante el cumplimiento de determinadas fases. ⁽⁷¹⁾

- Selección de la zona de operaciones. Análisis del mercado
- Identificación y habilitación de la infraestructura
- Mecanismos de convocatoria
- Organización interna
- Proceso de intervención

- Oferta de servicios
- Monitoreo
- Supervisión

❖ **Dónde están ubicados los CAM:**

Los CAM están ubicados en 25 regiones del Perú; en cada una de estas regiones se encuentran diferentes cantidades de CAM, lo que depende de la población asegurada mayor de 60 años existente. ⁽⁷¹⁾

❖ **Categorización de los CAM:**

Los Centros del Adulto Mayor se han clasificado en tres categorías con la finalidad de otorgar los recursos humanos, materiales y económicos para su adecuado funcionamiento y desarrollo. ⁽⁷¹⁾

✓ **Categoría 1. Centros de baja complejidad:**

95 CAM

✓ **Categoría 2. Centros de mediana complejidad:**

19 CAM

✓ **Categoría 3. Centros de alta complejidad:**

07 CAM

Los criterios que se toman en cuenta para la categorización son el número de personas adultas mayores afiliadas activas y el número de talleres de la oferta de servicios. ⁽⁷¹⁾

Estos criterios son diferenciados según los CAM pertenezcan a Lima o regiones, la diferencia se basa en una menor exigencia ya sea de números de afiliados o de talleres. ⁽⁷¹⁾

2.3. Definición de términos básicos

- **Ageusia:** Ausencia o pérdida casi completa del sentido del gusto.
- **Analgésicos:** Cualquier droga que alivia el dolor.
- **Ansiedad:** Temor generalizado omnipresente. El estado de ansiedad es una forma de neurosis en la que la ansiedad domina la vida del paciente.
- **Antihistamínicos:** Fármaco que inhibe algunos de los efectos de la histamina en el cuerpo, sobre todo en lo referente a su función en las reacciones alérgicas.
- **Apnea:** Suspensión temporal de la respiración por cualquier causa.
- **Benzodiacepinas:** Grupo de compuesto farmacológico utilizado como tranquilizante e hipnóticos menores.
- **Broncodilatación:** Aumento del diámetro de los bronquios.
- **Corticoides:** Cualquier hormona esteroide sintetizada por la corteza adrenal.
- **Disestesias:** Sensaciones anormales y a veces desagradables apreciadas por un paciente con lesión parcial de un nervio periférico al palpar la piel.
- **Disnea:** Respiración dificultosa; al termino suelo utilizarse tanto como signo de respiración dificultosa apreciado por el médico, como la sensación subjetiva de respiración trabajosa.
- **Distress respiratorio:** Es un síndrome agudo causado por la alteración de la permeabilidad de la membrana capilar pulmonar. Caracterizado por insuficiencia respiratoria muy grave
- **Diuréticos:** Fármaco que incrementa el volumen de orina al estimular la secreción de sales y agua por los riñones.
- **Edentulismo:** Ausencia o pérdida de los dientes. Se dice que es edéntulo parcial cuando hay ausencia de algunas piezas dentarias, y edéntulo total cuando hay ausencia de todas las piezas dentarias.
- **Encefalopatías:** Cualquiera de las diversas enfermedades que afectan al funcionalismo encefálico.

- **Espirometría:** La espirometría mide el flujo de aire. Al medir la cantidad de aire que se exhala y qué tan rápido se hace, es posible evaluar un amplio rango de enfermedades pulmonares.
- **Estenosis:** Constricción o estrechamiento de un orificio o conducto corporal.
- **Estomatopirosis:** Síndrome de boca ardiente, conocido como glosodinia, que se caracteriza por sensaciones dolorosas de ardor en la cavidad bucal.
- **Hemoglobina glicosilada:** Es un examen de sangre para la diabetes tipo 2 y prediabetes. Mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses.
- **Hiperfagia:** Situación caracterizada por un aumento excesivo de la sensación de apetito e ingestas descontroladas de alimentos, sin razón aparente.
- **Hipoglucemiantes:** Los hipoglucemiantes orales son un conjunto de drogas que producen una disminución de los niveles de glucemia luego de su administración por vía oral, a través de mecanismos pancreáticos y/o extra pancreáticos.
- **Insulina:** Hormona producida por el páncreas
- **Insulinoterapia:** Se refiere al tratamiento de la diabetes por la administración de insulina exógena.
- **IPRESS:** Instituciones prestadoras de servicios de salud.
- **Lipodistrofia:** cualquier trastorno del metabolismo graso o de la distribución de la grasa en el cuerpo.
- **Polidipsia:** Sed intensa anormal que conduce a beber grandes cantidades de líquidos.
- **Polifagia:** excesiva e insaciable ingestión de comida.
- **Poliuria:** producción de gran cantidad de orina que es muy diluida y de color pálido.
- **PPR:** Prótesis Parcial Removible. Tipo de prótesis dental que se encarga de sustituir piezas dentales, pérdidas devolviendo al paciente su estética y función.

- **Prótesis total:** Elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de todas las piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares y la funcionabilidad.
- **Prótesis dentomucosoportadas:** Son prótesis dentales que se soportan tanto en los dientes remanentes del paciente como en el proceso alveolar.
- **Prótesis dentosoportadas:** Este tipo de prótesis son aquellas que son soportadas por los dientes pilares, o remanentes, del paciente, que son dientes naturales que este aún conserva.
- **Psicótopo:** Drogas que afectan al humor.
- **Rinitis:** Inflamación de la mucosa de la nariz.

CAPITULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. Análisis de Tablas y Gráficos

Se evaluaron 180 pacientes de 60 años a más con enfermedades crónicas no transmisibles que requirieron prótesis total o parcial en el Programa del Adulto Mayor del Hospital II EsSalud Huaraz, de marzo – abril 2017.

Luego de haber recolectado los datos de las fichas epidemiológicas, se procede a realizar el análisis de los datos obtenidos, haciendo la tabulación de toda la información de cada paciente para luego hacer el análisis estadístico.

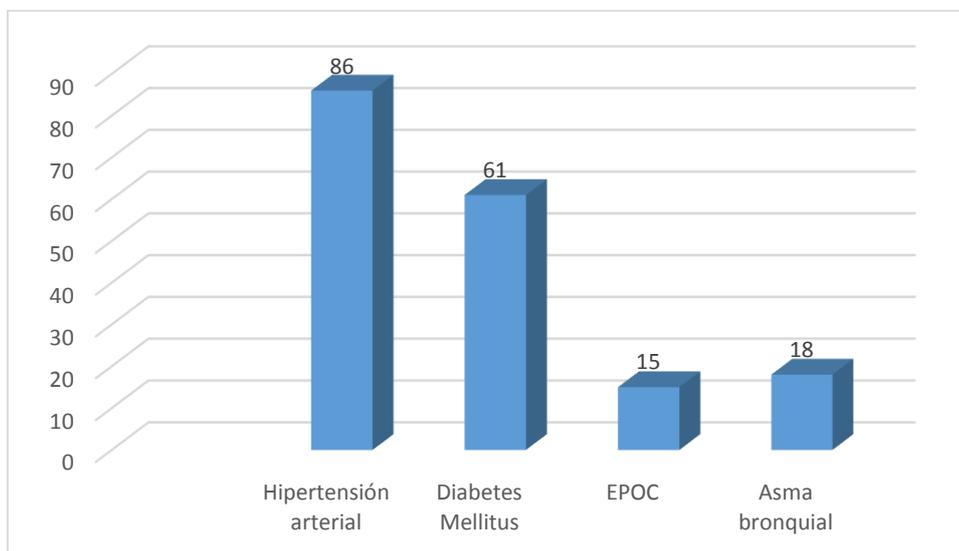
Se utilizó el programa SPSS versión 23.0 para luego presentar los resultados en gráficos y tablas. Así mismo se realizó el análisis estadístico, para lo cual se empleó la prueba estadística de Chi cuadrado para obtener el grado de significancia y determinar si existe relación entre las variables de estudio.

TABLA Nº 01

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOREN EL
HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ, MARZO-ABRIL 2017**

Enfermedades crónicas	Nº	%
Hipertensión arterial	86	47,8
Diabetes Mellitus	61	33,9
Asma Bronquial	18	10,0
EPOC	15	8,3
TOTAL	180	100,0

Fuente: Datos recopilados por la investigadora



INTERPRETACIÓN:

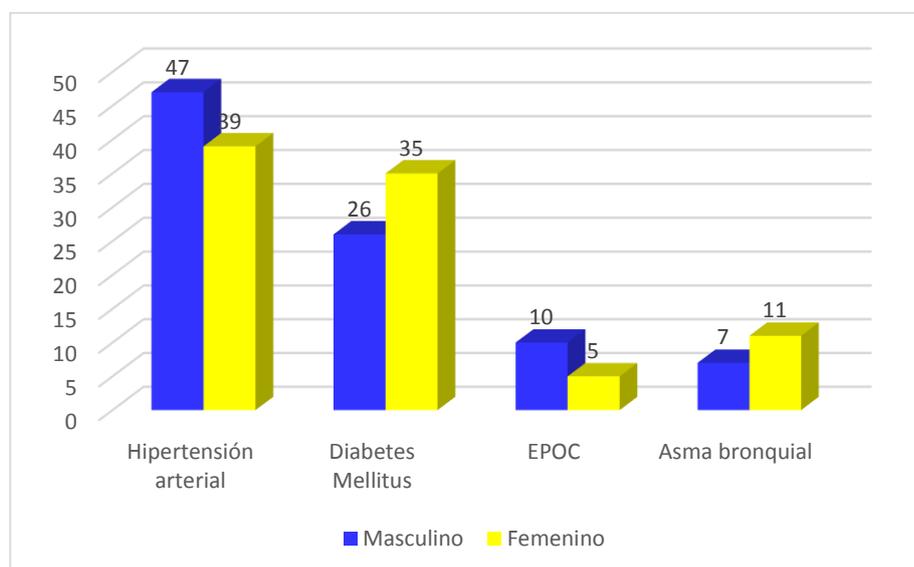
Según los datos obtenidos la prevalencia de enfermedades crónicas en pacientes adultos mayores, encontramos que el 47,8% manifiestan hipertensión arterial, 33,9% de ellos presentaron diabetes mellitus, el 10% padece de asma bronquial y el 8,3% de ellos manifestaron EPOC.

TABLA N° 02

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN PACIENTES QUE ACUDEN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOREN EL HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ, MARZO-ABRIL 2017, SEGÚN GENERO

Enfermedades crónicas	Genero				Total	%
	Masculino		Femenino			
	nº	%	nº	%	nº	%
Hipertensión arterial	47	26,1	39	21,7	86	47,8
Diabetes Mellitus	26	14,4	35	19,4	61	33,9
EPOC	10	5,6	5	2,8	15	8,3
Asma bronquial	7	3,9	11	6,1	18	10,0
Total	90	50,0	90	50,0	180	100,0

Fuente: Datos recopilados por la investigadora



INTERPRETACIÓN:

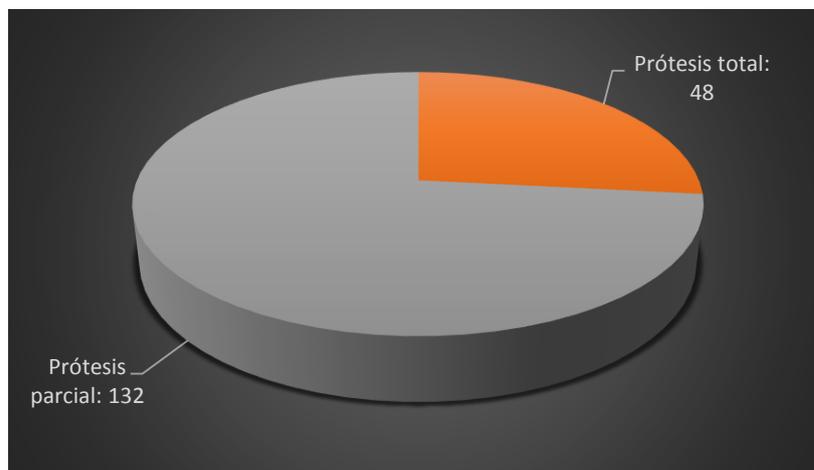
Según los datos obtenidos de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles según género nos muestra que el 26,1% son de género masculino y padecen de hipertensión arterial, el 19,4% son de sexo femenino y padecen de diabetes mellitus, el 5,6% que padecen de EPOC son de sexo masculino y el 6,1% que padecen de asma bronquial son de sexo femenino.

TABLA N° 03

**TIPO DE PRÓTESIS DENTAL CON MAYOR NECESIDAD EN PACIENTES
QUE ACUDEN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOREN EL HOSPITAL II
ESSALUD HUARAZ, MARZO-ABRIL 2017**

Tipo de prótesis	n°	%
Total	48	26,7
Parcial	132	73,3
TOTAL	180	100,0

Fuente: Datos recopilados por la investigadora



INTERPRETACIÓN:

Según los resultados obtenidos el tipo de prótesis dental con mayor necesidad en pacientes con enfermedades crónicas, encontramos que el 73,3% de ellos requieren prótesis parcial, mientras que 26,7% prótesis total.

TABLA N° 04

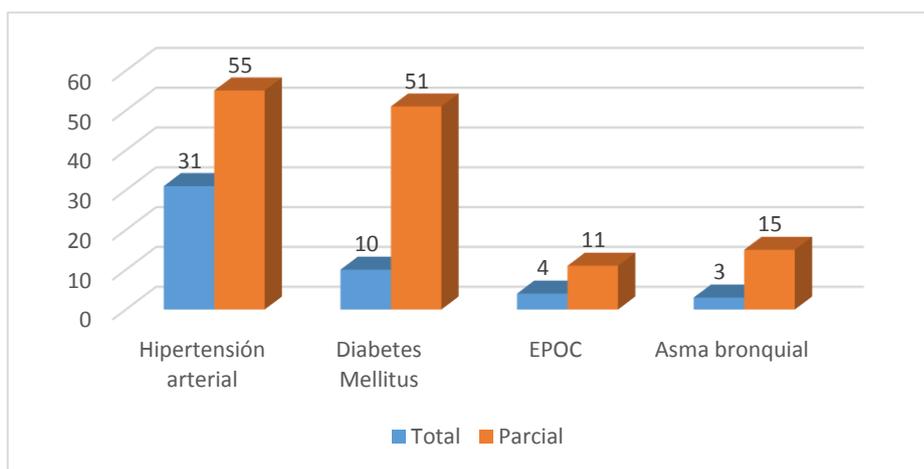
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN PACIENTES QUE ACUDEN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOREN EL HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ, MARZO-ABRIL 2017, SEGÚN TIPO DE PRÓTESIS

Enfermedades crónicas	Tipo de prótesis				Total	%
	Total		Parcial			
	n°	%	n°	%	n°	%
Hipertensión arterial	31	17,2	55	30,6	86	47,8
Diabetes Mellitus	10	5,6	51	28,3	61	33,9
EPOC	4	2,2	11	6,1	15	8,3
Asma bronquial	3	1,7	15	8,3	18	10,0
Total	48	26,7	132	73,3	180	100,0

Fuente: Datos recopilados por la investigadora

$\chi^2 = 8,082$

$p = 0,044$



En la tabla y gráfico precedentes podemos observar que el 30,6% de pacientes sufren de hipertensión arterial y tienen necesidad de prótesis parcial, el 28,3% de pacientes sufren de diabetes mellitus y tienen necesidad de prótesis parcial, mientras que solo el 1,7% de pacientes sufren de asma bronquial, el 2,2% de pacientes sufren de EPOC y ambos tienen necesidad de prótesis total.

TABLA N° 05

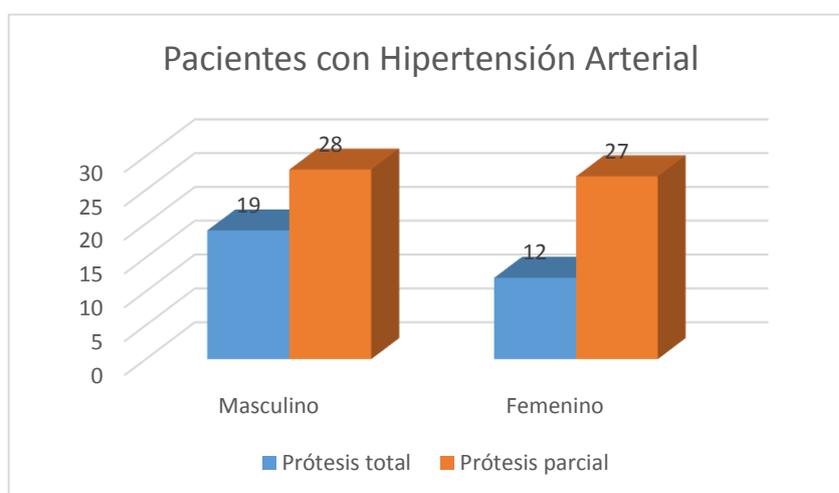
NECESIDAD DE PRÓTESIS DENTAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOREN EL HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ, MARZO-ABRIL 2017, SEGÚN GENERO

Necesidad de prótesis (tipo)	Genero				Total	%
	Masculino		Femenino			
	nº	%	nº	%	nº	%
Total	19	22,1	12	14,0	31	36,0
Parcial	28	32,6	27	31,4	55	64,0
Total	47	54,7	39	45,3	86	100,0

Fuente: Datos recopilados por la investigadora

$\chi^2 = 0,862$

$p = 0,353$



INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico precedentes, que corresponde a los datos obtenidos de la relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes con hipertensión arterial, podemos observar que el 22,1% de pacientes que sufren de hipertensión arterial tienen necesidad de prótesis total y son de sexo masculino, el 31,4% de pacientes que sufren de hipertensión arterial tienen necesidad de prótesis parcial y son de sexo femenino.

TABLA N° 06

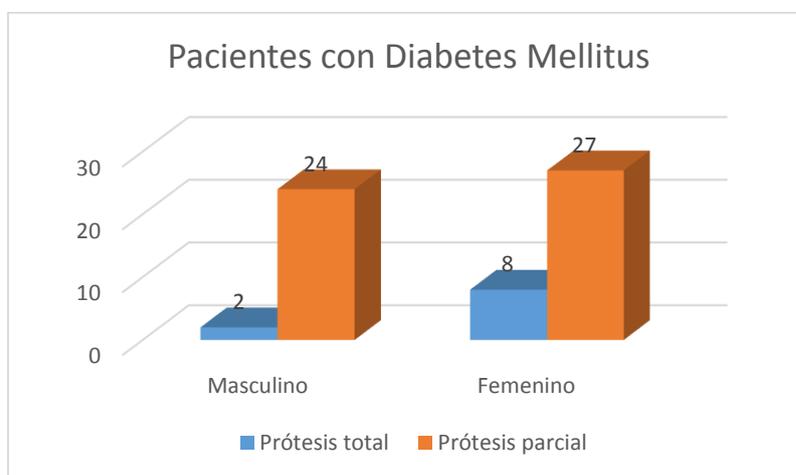
NECESIDAD DE PRÓTESIS DENTAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOREN EL HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ, MARZO-ABRIL 2017, SEGÚN GENERO

Necesidad de prótesis (tipo)	Genero				Total	%
	Masculino		Femenino			
	nº	%	nº	%	nº	%
Total	2	3,3	8	13,1	10	16,4
Parcial	24	39,3	27	44,3	51	83,6
Total	26	42,6	35	57,4	61	100,0

Fuente: Datos recopilados por la investigadora

$\chi^2 = 2,503$

$p = 0,114$



INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico precedentes que corresponde a los datos obtenidos de la relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes con diabetes mellitus, podemos observar que el 3,3% de pacientes que sufren de diabetes mellitus tienen necesidad de prótesis total y son de sexo masculino, el 44,3% de pacientes que sufren de diabetes mellitus tienen necesidad de prótesis parcial y son de sexo femenino.

TABLA N° 07

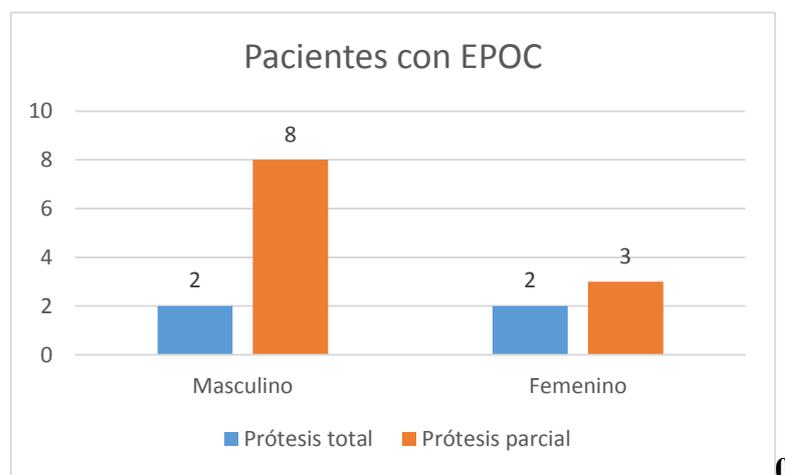
NECESIDAD DE PRÓTESIS DENTAL EN PACIENTES CON EPOC QUE ACUDEN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOREN EL HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ, MARZO-ABRIL 2017, SEGÚN GENERO

Necesidad de prótesis (tipo)	Genero				Total	%
	Masculino		Femenino			
	nº	%	nº	%	nº	%
Total	2	13,3	2	13,3	4	26,7
Parcial	8	53,3	3	20,0	11	73,3
Total	10	66,7	5	33,3	15	100,0

Fuente: Datos recopilados por la investigadora

$\chi^2 = 0,682$

$p = 0,56$



INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico precedentes que corresponde a los datos obtenidos de la relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes con EPOC, podemos observar que el 13,3% de pacientes que sufren de EPOC tienen necesidad de prótesis total y son de sexo femenino, el 53,3% de pacientes que sufren de EPOC tienen necesidad de prótesis parcial y son de sexo masculino.

TABLA N° 08

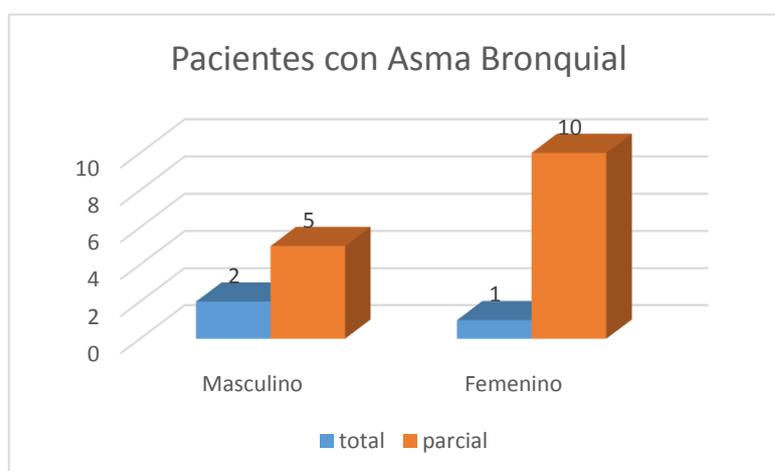
**NECESIDAD DE PRÓTESIS DENTAL EN PACIENTES CON ASMA
BRONQUIAL QUE ACUDEN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOREN EL
HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ, MARZO-ABRIL 2017, SEGÚN GENERO**

Necesidad de prótesis (tipo)	Genero				Total	%
	Masculino		Femenino			
	nº	%	nº	%	nº	%
Total	2	11,1	1	5,6	3	16,7
Parcial	5	27,8	10	55,6	15	83,3
Total	7	38,9	11	61,1	18	100,0

Fuente: Datos recopilados por la investigadora

$\chi^2 = 1,169$

$p = 0,528$



INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico precedentes que corresponde a los datos obtenidos de la relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes con asma bronquial, podemos observar que el 11.1% de pacientes que sufren de asma bronquial tienen necesidad de prótesis total y son de sexo masculino, el 56,6% de pacientes que sufren de asma bronquial tienen necesidad de prótesis parcial y son de sexo femenino.

3.2. Validez y Confiabilidad del Instrumento

El instrumento principal de medición para el presente trabajo de investigación es: “la ficha epidemiológica y de recolección de datos” la cual fue revisada y validada por tres profesionales cirujanos dentistas de la Universidad Alas Peruanas. (Anexo N° 06) para determinar su claridad, objetividad, intencionalidad, pertinencia, etc.

- CD. Anaya Espinoza Sven, con una valoración de: 99.5
- CD. De la Cruz Moreno Denisse, con una valoración de: 92
- CD. Yanac Mauricio Miguel, con una valoración de: 87.5

Así mismo, fue validada por dos profesionales del área de Epidemiología de la DIRES Ancash y del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz. (Anexo N° 06).

- Dra. Pajuelo Villarreal Rocío, con una valoración de: 91
- Mg. Salazar Vargas Jaime, con una valoración de: 86

Una vez realizada la validación del instrumento, se procedió a realizar una prueba piloto.

Prueba Piloto:

1.- Selección de sujetos: se realizó en 11 pacientes del Programa del Adulto Mayor del Hospital II EsSalud Huaraz.

2.- Aplicación de método: se procedió a realizar la evaluación clínica a cada uno de los pacientes que acudían a su control, para ello se utilizó la ficha epidemiológica y de recolección de datos (instrumento de medición para la presente investigación validada previamente) todos los datos fueron registrados y posteriormente tabulados para la obtención de los resultados.

3.- Resultados: del total de pacientes adulto mayores evaluados se encontró que la enfermedad más prevalente fue la diabetes mellitus con 4 casos, luego la hipertensión arterial con 3 casos, EPOC con 2 casos y asma

bronquial con 2 casos; la necesidad de prótesis dental fue que 8 pacientes adulto mayores necesitan prótesis parcial removible mientras que 3 pacientes adulto mayores tienen necesidad de prótesis total.

4.- Discusión: según el autor Campodónico C. en su estudio “El perfil salud–enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores” encuentra que la ECNT más prevalente fue la HTA; lo cual difiere con los resultados de la prueba piloto donde la ECNT más prevalente fue la diabetes mellitus.

Se observó que la mayor necesidad de uso de prótesis dental fue la PPR, que coincide con los resultados obtenidos por este autor.

5.- Conclusión: la enfermedad crónica no transmisible más prevalente en los pacientes que acuden al Programa del Adulto Mayor del Hospital II EsSalud Huaraz fue la diabetes mellitus; así mismo se observó mayor necesidad de prótesis parcial removible en dichos pacientes.

La confiabilidad del instrumento se midió con la prueba estadística del Alfa de Cronbach, teniendo en cuenta la recopilación de datos de 11 pacientes como prueba piloto, los resultados nos confirman la confiabilidad del instrumento ya que se obtuvo un resultado de 0,658, que es aceptable. (Anexo N° 07).

3.3. Prueba de Hipótesis

- Con respecto a las variables enfermedades crónicas no transmisibles y tipo de prótesis dental, realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,044 (**p<0,05**) llegando a confirmar que existe relación estadísticamente significativa entre las enfermedades crónicas y la necesidad de prótesis dental.
- En cuanto a la relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes con hipertensión arterial, realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,353 (**p>0,05**) por lo que no existe relación estadísticamente significativa entre la necesidad de prótesis y el género, por lo tanto, no coincide con la hipótesis planteada.
- Con respecto a la relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes con diabetes mellitus, realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,114 (**p>0,05**) lo que confirma que no existe relación estadísticamente significativa entre la necesidad de prótesis y el género.
- En cuanto a la relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes con EPOC, realizando el análisis estadístico con la prueba de chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,56 (**p>0,05**) por lo que no existe relación estadísticamente significativa entre la necesidad de prótesis y el género por lo tanto no coincide con la hipótesis planteada.
- Con respecto a la relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes con asma bronquial, realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,528 (**p>0,05**) lo que confirma que no existe relación estadísticamente significativa entre la necesidad de prótesis y género.

3.4. Discusión de Resultados

En el presente trabajo de investigación se evaluó la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, el tipo de prótesis con mayor necesidad y la relación existente entre el tipo de prótesis y el género en 180 pacientes adultos mayores con necesidad de prótesis total o parcial en el Hospital II EsSalud Huaraz, todos los pacientes que conformaron la muestra fueron de 60 años a más, los resultados obtenidos se obtuvieron entre los meses de marzo – abril en el programa del adulto mayor.

En el estudio se pudo determinar que la enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes fueron la hipertensión arterial, diabetes mellitus, EPOC y asma bronquial, lo cual coincide con Campodónico C. (2013) y Figueiredo M. (2013) quienes encuentran mayor predominio de hipertensión arterial, seguido de diabetes mellitus, que son enfermedades crónicas que padecen los adultos mayores y que tienen su repercusión en su salud oral lo que los lleva a perder sus piezas dentales y/o a sufrir enfermedades periodontales que les ocasionen otras complicaciones.

Se determinó que la enfermedad crónica no transmisible de mayor prevalencia fue la hipertensión arterial 47,8% con predominio en el sexo masculino 26,1%, seguido de la Diabetes mellitus 33,9%, predominando en el sexo femenino 19,4%, lo cual coincide con Campodónico C. (2013) quien encuentra que la presencia de hipertensión arterial fue mayor con un 33,3%, seguido de la diabetes mellitus con 10.8%; pero difiere ya que encuentra mayor predominio para ambas enfermedades en el sexo femenino. Así mismo Gutiérrez-Vargas V. (2015) quien menciona que la mayoría de la población tenía necesidad de tratamiento protésico de forma parcial y total con 59,6% y 67,3% en el maxilar superior e inferior.

Se pudo determinar predominio de la necesidad de prótesis parcial 73,3%, mientras que la necesidad de prótesis total fue 26,7%, lo cual coincide con Campodónico C. (2013) quien encontró alta la necesidad de prótesis parcial

removible en el maxilar superior e inferior, pero difiere con Henríquez J. (2014) quien encuentra mayor necesidad de tratamiento de prótesis total.

En el presente estudio encontramos que existe relación estadísticamente significativa entre la enfermedad crónica no transmisible y el tipo de prótesis ($p=0.044$), el cual difiere con Díaz A. (2013) quien no encontró relación significativa entre el género y necesidad de tratamiento, así mismo tenemos a Figueiredo M. (2013), quien verificó una correlación positiva entre la enfermedad crónica y el resultado del examen bucal ($p=0.015$).

CONCLUSIONES

- Las enfermedades crónicas más prevalentes en pacientes que acuden al Programa del Adulto Mayor son la hipertensión arterial con 47,8%, seguido por la enfermedad sistema de diabetes mellitus con 33,9%, la EPOC con 8,3% y asma bronquial con 10%.
- Se observó que la hipertensión arterial fue la enfermedad con mayor porcentaje de casos, manifestándose en el sexo masculino con el 26,1%, mientras que tuvo un 27,1% para el sexo femenino; en los pacientes con diabetes mellitus se observa que el 19,4% son de sexo femenino, mientras que para el sexo masculino fue un 14,4%; para el caso de pacientes con EPOC encontramos que el 5,6% son de sexo masculino y un 2,8% para el sexo femenino; en cuanto al asma bronquial la enfermedad predominó fue el sexo femenino 6,1%, mientras que para el sexo masculino tuvo un 3,9%.
- En los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles se determinó que, el tipo de prótesis dental con mayor necesidad para la población adulto mayor fue la prótesis parcial removible 73,3%, mientras que el 26,7% tenían la necesidad rehabilitación con prótesis total.

En cuanto a las enfermedades crónicas y el tipo de prótesis, se determinó un predominio de la necesidad de prótesis parcial en cada una de las enfermedades; la hipertensión arterial con 30,6%, diabetes mellitus 28,3%, EPOC con 6,1% y asma bronquial con 8,3%. Asimismo, se concluye que existe relación estadísticamente significativa ($p=0,044$) llegando a confirmar que existe relación entre las enfermedades crónicas y la necesidad de prótesis dental.

- No existe relación estadísticamente significativa ($p=0,353$) entre el tipo de prótesis dental y el género en pacientes con hipertensión arterial.

- No existe relación estadísticamente significativa ($p=0,114$) entre el tipo de prótesis dental y el género en pacientes con diabetes mellitus.
- No existe relación estadísticamente significativa ($p=0,56$) entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes con EPOC.
- No existe relación estadísticamente significativa ($p=0,528$) entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes con asma bronquial.

RECOMENDACIONES

- A los egresados de Estomatología, realizar investigaciones con una muestra mayor, abarcando más tiempo de estudio, utilizando variables como edad, condición económica, nivel cultural, otras enfermedades crónicas; para obtener resultados más precisos.
- A los egresados de Estomatología, llevar a cabo la investigación en otra entidad de salud, como el MINSA, para realizar estudios comparativos y ver las necesidades de tratamientos odontológicos.
- A los investigadores en Estomatología, realizar investigaciones en EsSalud y el MINSA, sobre la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en una población de adultos jóvenes ya que presentan estas enfermedades crónicas, que a su vez están relacionadas con el requerimiento de prótesis.
- Al personal del Programa del Adulto Mayor, realizar el llenado correcto de la historia clínica, así como su actualización permanente para tener datos reales al momento de hacer las evaluaciones.
- Al director del Hospital II EsSalud Huaraz, Incluir un programa especial sobre salud bucal dentro del Programa del Adulto Mayor.
- Al personal del servicio de Odontología, organizar e implementar charlas con la finalidad de concientizar y sensibilizar a los pacientes del Programa del Adulto Mayor del Hospital II EsSalud Huaraz, sobre la importancia de los cuidados bucales y tratamientos protésicos.
- Al director del Hospital II EsSalud Huaraz, sugerir a su personal, que en el servicio de Odontología se realicen los diferentes tratamientos odontológicos como restauraciones, tratamientos periodontales, extracciones, etc. a los pacientes del Programa del Adulto Mayor ya que al momento de la evaluación odontológica se observó la necesidad de estos tratamientos.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Según la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, la presente investigación pertenece al área de Epidemiología y Salud Pública, el eje temático fue la Situación de salud oral en adultos mayores con necesidad de tratamiento odontológico. Se describe la situación de salud de los adultos mayores del programa en el Hospital II EsSalud Huaraz, que tengan necesidad de prótesis total o parcial.

APORTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados del presente trabajo van a sensibilizar y concientizar al Director del Hospital II EsSalud Huaraz, al jefe y coordinador del Programa del Adulto Mayor, en relación a la necesidad de implementar un consultorio especializado para la atención de pacientes adultos mayores, en razón a que requieren de un tratamiento especializado, así mismo, en la investigación se detectó la necesidad de ampliar los servicios estomatológicos, brindar además de rehabilitación protésica, restauraciones y tratamientos periodontales, por ser de necesidad urgente.

En relación al profesional en Estomatología, esta investigación aporta conocimientos para tomar decisiones y tener mejores consideraciones al momento de realizar algún tratamiento en este tipo de pacientes y evitar eventuales complicaciones, por lo que existe la necesidad de ampliar y profundizar la presente investigación con estudios en otros hospitales, considerando también al adulto joven y trabajando con una muestra mayor, ya que, al conocer la necesidad de prótesis de los pacientes (adultos), se estará recomendando atender esas necesidades puntuales, que, de ser tratadas con oportunidad, mejorará la calidad de vida de los pacientes, y contribuirá a su bienestar en una edad en la que se necesita mayores cuidados y atención.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248.
2. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Proyecto Regional de la Población CELADE – FNUAP (en línea) diciembre 2001 (fecha de acceso: 10 de marzo del 2017) URL disponible en:
<http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/S01121061.pdf?sequence=1>
3. INEI. Nota de prensa (en línea) 25 de agosto del 2015 (fecha de acceso: 11 de marzo del 2017) URL disponible en:
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n133-2015-inei_1.pdf
4. OMS. Centro de prensa “Enfermedades crónicas no transmisibles” (en línea) junio de 2017 (fecha de acceso: 25 de junio del 2017) URL disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
5. Castillo Kohatsu, R. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor con necesidad de prótesis total (en línea) 2011 (fecha de acceso: 11 de marzo del 2017) URL disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2806>
6. Hernández R, Fernández R, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ª edición. Editorial Mexicana: 978-1-4562-2396-0; 2014.
7. Bernal Cesar A. Metodología de la investigación. Tercera edición. PEARSON EDUCACIÓN, Colombia, 2010. 320 p.

8. Domínguez L. Valdés M. Cabrera D. Rodríguez L. Estudio bucal de la población Geriátrica de un consultorio del Policlínico Rampa. Rev. Ciencias Médicas. La Habana. 2016 22 (1) (en línea) (fecha de acceso: 23 de octubre del 2017) URL disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2016/cmh161f.pdf>
9. Ayuso- Montero R. Martori E. Brufau de Barbera M. Ribera M. Prótesis Removible en paciente Geriátrico (en línea) 2015 (fecha de acceso: 20 de octubre del 2017) URL disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-12852015000300009
10. Bellamy C., Moreno A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. Av Odontoestomatol (en línea). 2014 (fecha de acceso: 21 de octubre del 2017); 30(4): 195-203. URL disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000400003&lng=es
11. Henríquez J. Caracterización epidemiológica de adultos mayores pertenecientes a un Establecimiento de Larga Estadía Comuna de Independencia y de la Facultad Odontología Universidad de Chile, año 2014 (en línea) 2014 (fecha de acceso: 20 de octubre del 2017) URL disponible en:
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/137695/Caracterizaci%C3%B3n-epidemiol%C3%B3gica-de-adultos-mayores-pertenecientes-a-un-establecimiento.pdf?sequence=1>
12. Figueiredo M, Barbará L, Missel M, Santos M, Vacca V. Relación entre enfermedades crónicas y salud-enfermedad bucal en adultos brasileiros de bajo nivel socioeconómico. Art Odontoestomatología vol.15 no.21 Montevideo

13. Azañedo D. Diaz-Seijas D. Hernandez- Vásquez A. Salud oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2016; 33(2):373-5.
14. Gutiérrez-Vargas V. Leon-Manco R. Castillo- Andamayo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatol Herediana (en línea) 2015 Jul– Set, 25(3):179-86 fecha de acceso: 12 de marzo del 2017) URL disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2608/2508>
15. Chávez- Reátegui B. Manrique- Chávez J. Manrique- Guzmán J. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor. Revista Estomatológica Herediana (en línea) 2014;24(3):199-207 (fecha de acceso: 19 de octubre del 2017) URL disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539382010>
16. Diaz M. Necesidad de Atención odontológica del adulto mayor institucionalizado en el Asilo Hermanitas de los pobres, Trujillo 2013. Repositorio Institucional UNITRU (en línea) 2013 (fecha de acceso: 12 de marzo del 2017) URL disponible en:
<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/3192>
17. Campodónico C. Chein S. Benavente L. Vidal R. Delgadillo J. Álvarez M. Evaristo T. Campodónico C. Lara L. Díaz A. El perfil de salud – enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima Urbana 2012. Art Odontol. Sanmarquina 2013; 16(2): 29-33
18. OMS. Nota descriptiva “Enfermedades cardiovasculares” (en línea) enero de 2015 (fecha de acceso: 14 de marzo del 2017) URL disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

19. Instituto del Corazón de Texas. Centro de Información Cardiovascular “Presión arterial alta (hipertensión arterial)” (en línea) (fecha de acceso: 14 de marzo del 2017) URL disponible en:
http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/hbp_span.cfm
20. San Martín M. Hampel A. Villanueva j. Manejo Odontológico del Paciente Hipertenso. Revista Dental de Chile .2001; 92 (2): 34 – 40
21. Maicas Bellido C. Lázaro Fernández E. Alcalá Lopez J. Hernández Simón P. Rodríguez Padial L. “Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial”. Miocardio N°3. 2003. Vol V, 141-160
22. Ministerio de Salud. “Guía técnica: Guía práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva”. Resolución Ministerial N°031-2015/MINSA. (en línea) (fecha de acceso: 3 de abril del 2017) URL disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-Minsa.pdf>
23. Seguro social de salud - EsSalud. “Cuidado integral del paciente con hipertensión arterial en el seguro social de salud – EsSalud”. Resolución de Gerencia Central de prestaciones de salud N°001-GCPS-ESSALUD-2016.
24. Fernández C. Gallego C. “Utilidad terapéutica de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina”. Revisiones Farm Hosp 1995; 19 (1): 3 – 9
25. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. “Calcio antagonista” (en línea) (fecha de acceso: 16 de marzo del 2017) URL disponible en:
<http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/calcioantagonista>
26. Inserra F. SAHA (Sociedad Argentina de hipertensión arterial). “Diuréticos en el tratamiento de la hipertensión arterial”. Cap.111. (en línea) (fecha de acceso: 17 de marzo del 2017) URL disponible en:
<http://www.saha.org.ar/1/pdf/libro-hipertension/Cap.111.pdf>

27. Fundación española del corazón (en línea) 2012 (fecha de acceso 18 de abril del 2017) URL disponible en:
<http://www.fundaciondelcorazon.com/información-parapacientes/tratamientos/betabloqueantes.html>
28. PR Vademécum México. “Metildopa” (en línea) 2014 (fecha de acceso: 19 de abril del 2017) URL disponible en:
<http://mx.prvademecum.com/droga.php?droga=468>
29. Diaz Aguilar N., Rodríguez Vázquez A. Manifestaciones bucales en pacientes hipertensos bajo tratamiento antihipertensivo. Arch Inv Mat Inf. Vol. I, No. 2. Mayo-Agosto 2009 pp 90-94
30. Diaz Condal C. Muñoz Smitmans C. Romo Sanhueza L. Inostroza Alarcón Y. “Manejo odontológico del paciente hipertenso”. Revista Dental de Chile 2010; 101 (2) 26-29
31. OMS. “Informe mundial sobre la diabetes” (en línea) 2016 (fecha de acceso: 19 de marzo del 2017) URL disponible en:
<http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
32. Conget I. “Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus”. Rev Esp Cardiol. 2002;55:528-38 - Vol. 55 Núm.05
33. OMS. Nota de prensa (en línea) julio de 2017 (fecha de acceso: 15 de Julio del 2017) URL disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
34. Seguro social de salud – EsSalud. “Cuidado integral del asegurado con diabetes mellitus en el seguro social de salud – EsSalud”. Resolución de Gerencia Central de prestaciones de salud N° 48-GCPS-ESSALUD-2016

35. Diabetes Bienestar y Salud. Revista de Grupo Medios (en línea) 2014 (fecha de acceso: 27 de marzo del 2017) URL disponible en:
<https://www.diabetesbienestarysalud.com/2013/02/cuales-son-los-niveles-optimos-de-glucosa/>
36. American Diabetes Association. Treatment and care. 2007. 2451, VA 222021-800-DIABETES (800-342-2383)
37. Hernández Herrera J. “Uso de las tiazolidinedionas en pacientes diabéticos tipo 2”. Diabetología. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. LXV (582) 53-58; 2008
38. Lujambo A. “Antidiabéticos orales: Fármacos insulinsensibilizadores” (en línea) 2013 (fecha de acceso: 4 de abril del 2017), URL disponible en:
<https://catedraendocrinologia.files.wordpress.com/2013/06/antidiabeticos-orales.pdf>
39. Alejandro G. López J. “Antidiabeticos”. Centro de salud de Sillería.INSALUD Toledo Vol. II N° 1 – 2001
40. Arámburu Carlos MD. “Insulinoterapia: Esquemas de tratamiento para la DM2”. Sapiens Medicus learn, think & apply. 2015 Oct 28; 140 – 149
41. Miko S, Ambrus SJ, Sahafi an S, et al. Dental caries and adolescents with type 1 diabetes. Br Dent J. 2010 Mar 27;208(6):E12.
42. Khovidhunkit SO, Suwantuntula T, Thaweboon S, et al. Xerostomia, hyposalivation, and oral microbiota in type 2 diabetic patients: a preliminary study. J Med Assoc Thai. 2009 Sep;92(9):1220-8.
43. Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K, et al. Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies, part II: prevalence and characteristics of Candida and candidal lesions. Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod 2000;89:570-6.

44. Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K, et al. Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies, part I: prevalence and characteristics of non-candidal lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000; 89:563-9
45. Cardozo E, Pardi G. "Consideraciones a tomar en cuenta en el manejo odontológico del paciente con diabetes mellitus". Acta Odontológica Venezolana. Volumen 41 N°.1, 2003
46. OMS. Centro de Prensa. "Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)" (en línea) noviembre del 2016 (fecha de acceso: 28 de marzo del 2017) URL disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>
47. National Heart, Lung, and Blood institute. EPOC. (en línea) 28 de junio del 2017 (fecha de acceso: 02 de julio del 2017) URL disponible en:
<https://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/copd/diagnosis>
48. Sherry Aliotta, Ann Mullen. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Case Management Society of America. April 2010
49. De la Iglesia Martínez F. Rivera García S. Freire Castro S. "Tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica" (en línea) 2012 (fecha de acceso: 01 de abril del 2017) URL disponible en:
<http://meiga.info/guias/epoc.pdf>
50. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Atención integral Al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Barcelona-2010.

51. Cedeño M., Rivas R., Tuliano C. Manejo odontológico del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma bronquial. Acta odontología venezolana. vol. 51, No. 2, Año 2013
52. Pavez V. Quintana M. Manejo odontológico de pacientes ancianos con riesgo sistémico. Revista dental de Chile. 2003; 94(2): 22-25.
53. OMS. Centro de prensa. "Asma" (en línea) abril del 2017 (fecha de acceso: 11 de abril del 2017) URL disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/es/>
54. National Heart, Lung and Blood Institute: Guidelines for the diagnosis and management of asthma: Expert panel report 2, July 1997.
55. Little J, Falace D, Miller C, Rhodus N. Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. 5ta Ed. España: Harcourt Brace. 1998
56. Revista Chilena de enfermedades respiratorias. "Guías para el diagnóstico y manejo del asma" (en línea) julio 2014 (fecha de acceso: 18 de abril del 2017) URL disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482004000300005
57. Silva Castro M. Turneu I Valls L. "Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre asma bronquial" (en línea) (fecha de acceso: 06 de abril del 2017) URL disponible en:
http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ASMA.pdf
58. Naberan K, Hernández E, Llauger MA, Simonet P, Martín P. Protocolo de asma con niveles de evidencia. FMC 2001; Protocolo 2001/1: 7-25.
59. Dávila Hass J. Alfaro C. Brenes Dittel A. "Guías para la detección diagnóstica y tratamiento del asma bronquial en la edad adulta y adulta mayor en el primer

nivel de atención”. (en línea) 2006 (fecha de acceso: 03 de abril del 2017) URL disponible en:

<http://www.binasss.sa.cr/libros/asma.pdf>

60. Noticias Salud. Portal Odontólogos (en línea) 08 de julio de 2013 (fecha de acceso: 08 de abril del 2017) URL disponible en:

<https://odontologos.mx/odontologos/noticias/noticias.php?id=670>

61. OPS/OMS. Centro de prensa. “Nuevas recomendaciones de la OPS para vigilar la epidemia de enfermedad renal crónica en Centroamérica” (en línea) 25 de agosto del 2017 (fecha de acceso: 30 de agosto del 2017) URL disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13617%3Apaho-issues-recommendations-to-strengthen-surveillance-on-unusual-kidney-disease-epidemic-in-central-america&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es

62. INCUCAI. “Enfermedad Renal Crónica (ERC)” (en línea) (fecha de acceso: 03 de abril del 2017) URL disponible en:

<http://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/ERC/instrumentos/02-La%20Enfermedad%20Renal%20Cronica.pdf>

63. Flores J. et al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev Méd Chile 2012; 137: 137-177.

64. EMPENDIUM. Manual MIBE. “Enfermedad Renal Cronica (ERC)” (en línea) 2017 (fecha de acceso: 28 de marzo del 2017) URL disponible en:

<http://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.14.2>.

65. Lecca Rojas M. Meza Mauricio J. Ríos Villasis K. “Manifestaciones bucales en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis”. Rev Estomatológica Herediana. 2014 jul-set;24(3):147-154

66. Aristizábal H. & ET AL. Manual para prótesis parcial removible. Universidad autónoma de Manizales.
Repositorio.autonomo.edu.co>bitstream
67. George A. & et al. PROSTODONCIA TOTAL DE BOUCHER. 10a edición. Editorial Interamericana. México- 1994.
68. OMS. “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud”. (en línea) 2015 (fecha de acceso: 13 de abril del 2017) URL disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1
69. Torres Olmedo A. Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar. Tesis de medicina familiar. colima, col. Noviembre de 2003.
70. Seguro social de salud – EsSalud. Gerencia Central de la persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad. Resolución de Gerencia Central N° 1064-GG-2016
71. Torre de Pinillos V. ET AL. Los Centros del Adulto Mayor como Modelo Gerontológico Social. PERU- 2012 www.essalud.gob.pe

Anexos

Anexo N ° 01: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado con DNI..... en calidad paciente estoy de acuerdo en participar en la investigación que se realizara en el Hospital II ESSALUD Huaraz, en el Programa del Adulto Mayor. Se me ha explicado claramente en qué consistirá dicha investigación y los procedimientos a realizar, los datos y observaciones encontradas solo serán utilizados con fines científicos de forma anónima sin perjudicar mi salud ni mi bienestar.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice la evaluación clínica y toma de datos. Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Por lo tanto, al firmar este documento declaro participar libremente en la investigación.

Huaraz....de.....del 2017

Firma del investigador

Firma del paciente

Anexo N ° 02: Matriz de consistencia

TÍTULO: PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN PACIENTES CON NECESIDAD DE PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL QUE ACUDEN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOREN EL HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ, DE MARZO – ABRIL 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>Problema Principal: ¿Cuál es la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes con necesidad de prótesis total o parcial del Hospital II EsSalud Huaraz, de marzo – abril 2017?</p> <p>Problema secundario 1: ¿Cuál es la enfermedad crónica no transmisible más prevalente en los pacientes que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz, según género?</p> <p>Problema secundario 2: ¿Cuál es la prótesis dental con mayor necesidad en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz?</p> <p>Problema secundario 3: ¿Cuál es la relación entre el tipo de prótesis dental y el género en pacientes adulto mayores con la enfermedad crónica de hipertensión arterial?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes con necesidad de prótesis total o parcial que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz, de marzo – abril 2017.</p> <p>Objetivo específico 1: Identificar la enfermedad crónica no transmisible más prevalente en pacientes que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz, según género.</p> <p>Objetivo específico 2: Especificar el tipo de prótesis dental con mayor necesidad en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz.</p> <p>Objetivo específico 3: Identificar si existe relación entre el tipo de prótesis dental y el género en pacientes con la enfermedad crónica de hipertensión arterial.</p>	<p>Hipótesis General: La enfermedad crónica no trasmisible más prevalente en pacientes con necesidad de prótesis total o parcial es la hipertensión arterial.</p> <p>Hipótesis Secundaria 1: La enfermedad crónica no transmisible más prevalente es la diabetes mellitus con mayor número de casos en los pacientes adultos mayores de sexo femenino.</p> <p>Hipótesis secundaria 2: La prótesis total es el tipo de prótesis dental con mayor necesidad en los pacientes que acuden al Programa del Adulto Mayor en el Hospital II EsSalud Huaraz.</p> <p>Hipótesis secundaria 3: La relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes adulto mayores con la enfermedad crónica de hipertensión arterial, es estadísticamente significativa.</p>	<p>Variable Principal: Enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor</p> <p>Variable Secundaria: Necesidad de prótesis</p> <p>Covariable: Género</p>	<p>MÉTODO: Aplicada</p> <p>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: No experimental, transversal y observacional</p> <p>POBLACIÓN DE ESTUDIO: 340 pacientes del Programa del Adulto Mayor del Hospital II EsSalud Huaraz, de marzo – abril 2017.</p> <p>MUESTRA: La muestra es de 180 pacientes</p>

<p>Problema secundario 4: ¿Cuál es la relación entre el tipo de prótesis dental y el género en pacientes adulto mayores con la enfermedad crónica de diabetes mellitus?</p> <p>Problema secundario 5: ¿Cuál es la relación entre el tipo de prótesis dental y el género en pacientes adulto mayores con la enfermedad crónica de EPOC?</p> <p>Problema secundario 6: ¿Cuál es la relación entre el tipo de prótesis dental y el género en pacientes adulto mayores con la enfermedad crónica de asma bronquial?</p>	<p>Objetivo específico 4: Identificar si existe relación entre el tipo de prótesis dental y el género en pacientes con la enfermedad crónica de diabetes mellitus.</p> <p>Objetivo específico 5: Identificar si existe relación entre el tipo de prótesis dental y el género en pacientes con la enfermedad crónica de EPOC.</p> <p>Objetivo específico 6: Identificar si existe relación entre el tipo de prótesis dental y el género en pacientes con la enfermedad crónica de Asma.</p>	<p>Hipótesis secundaria 4: La relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes adulto mayores con la enfermedad crónica de diabetes mellitus, no es estadísticamente significativa</p> <p>Hipótesis específica 5: La relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes adulto mayores con la enfermedad crónica de EPOC, es estadísticamente significativa</p> <p>Hipótesis específica 6: La relación entre el tipo de prótesis dental y género en pacientes adulto mayores con la enfermedad crónica de asma bronquial, no es estadísticamente significativa</p>	<p>TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: La evaluación clínica, Observación directa</p> <p>INSTRUMENTOS: Ficha epidemiológica y de recolección de datos</p>
--	---	---	---

Anexo N ° 03: Autorización

**SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA
REALIZAR TRABAJO
DE INVESTIGACIÓN**

DRA. BAZÁN RONCAL PAOLA

**ENCARGADA DEL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL II
ESSALUD – HUARAZ**

Yo, **VILLANUEVA COCHACHIN LESLIE**,
identificada con DNI N° 71137696, con domicilio
Psj. Perú Mz. 6 Lt. 9 Villón Alto. Ante Ud.
respetuosamente me presento y expongo:

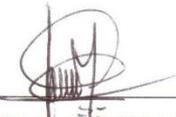
Que habiendo culminado la carrera profesional de
ESTOMATOLOGÍA en la Universidad Alas Peruanas, solicito a Ud.
autorización para realizar el Trabajo de Investigación titulado
**“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES EN PACIENTES CON NECESIDAD DE PRÓTESIS
TOTAL Y PARCIAL QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE ADULTO
MAYOR EN EL HOSPITAL II ESSALUD, HUARAZ DE MARZO –
ABRIL DEL 2017”** para optar el grado de Cirujano Dentista, con el
compromiso de respetar la confidencialidad de cada paciente.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. acceder a mi solicitud

Huaraz, 10 de Marzo 2017


Paola Bazán Roncal
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. - 001259


VILLANUEVA COCHACHIN LESLIE
DNI N° 71137696



Anexo N ° 04: Ficha epidemiológica y de recolección de datos



TÍTULO: “PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN PACIENTES CON NECESIDAD DE PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL QUE ACUDEN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOREN EL HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ”

N° de ficha:

Nombres y Apellidos: Edad:

Sexo: (M) (F)

Enfermedades Sistémicas (Enfermedad Crónica No Transmisible):

- Hipertensión Arterial ()
- Diabetes Mellitus ()
- Asma ()
- EPOC ()
- Otra:

Examen Dental (Odontograma):

Fuente: MINSA, RS N' 776-2004 norma técnica de la historia clínica (Odontograma)

Tipo de Prótesis que requiere:

Observaciones:

Anexo N° 06: Validez y confiabilidad del instrumento 1

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO: ANAYA ESPINOZA, SVEN MARIO.
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA: CLINICA DENTAL SAN JOSÉ.
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN: FICHA EPIDEMIOLOGICA Y DE RECOLECCIÓN DE DATOS
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO: VILLANUEVA COCHACHIN, LESLIE MARY.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE						MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE			
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado													X
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos													X
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación													X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica													X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos													X
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis													X
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos													X
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems													X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis													X
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación												X	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

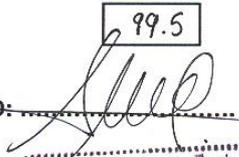
a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación

b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DEVALORACIÓN:

FECHA: 13/09/17

DNI: 70126973.

FIRMA DEL EXPERTO: 

99.5
 Sven Mario Anaya Espinoza
 CIRUJANO DENTISTA
 COP. 28070

Anexo N° 06: Validez y confiabilidad del instrumento 2

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO: De la Cruz Moreno Denisse Paola
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Centro Odontológico Renovare
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN: Ficha epidemiológica y de Recolección de datos
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO: Villanueva Cochachin Leslie Mary

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE						MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE			
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado											X		
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos												X	
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación											X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica												X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos											X		
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis												X	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos												X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems											X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis											X		
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación											X		

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DEVALORACIÓN:

92

FECHA: 14-09-17 DNI: 41421193 FIRMA DEL EXPERTO: Denisse

Denisse De la Cruz Moreno
CIRUJANO DENTISTA
 COP. 21653

Anexo N° 06: Validez y confiabilidad del instrumento 3

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO: Yañac Mauricio Miguel
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Medical Center - Huaraz
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN: Ficha Epidemiológica y de Recolección de Datos
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO: Vilanova Cochadín Leslie Mary

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado										X			
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos											X		
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación											X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica										X			
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos											X		
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis											X		
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos											X		
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems										X			
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis										X			
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación										X			

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación

b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DEVALORACIÓN:

87.5

FECHA: 14-Septiembre-2017 DNI: 21262538

FIRMA DEL EXPERTO: 

Miguel Yañac Mauricio
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 11747

Anexo N° 06: Validez y confiabilidad del instrumento 4

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO: Dra. Rocío del Pilar Mercedos Pajuelo Villarreal
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Hospital Víctor Larrea Guardia Huancayo
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN: Ficha epidemiológica y de recolección de datos
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO: Bach. Villarreal Cochacón Leslie Mary

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado											X		
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos											X		
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación												X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica											X		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos											X		
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis											X		
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos											X		
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems												X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis												X	
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación												X	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación

b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DEVALORACIÓN:

91

FECHA: 16/09/17

DNI: 40206523

FIRMA DEL EXPERTO:



Dra. Rocío Pajuelo Villarreal
C.E.P. 31763

Anexo N° 06: Validez y confiabilidad del instrumento 5

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO: *Galarza Jorge Jaime Luciano*
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA: *DINES ANCA S.A*
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN: *Ficha Epidemiológica*
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO: *Villanueva C. Ch. Ch. U. S. S. I. E. Mary*

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado											X		
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos											Y		
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación											Y		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica											Y		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos											Y		
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis												Y	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos											Y		
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems											Y		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis											Y		
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación											Y		

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación

b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

FECHA: *19/09/17* DNI: *71622824*

FIRMA DEL EXPERTO:

J
 Mg. Jaime C. Salazar Vargas
 EPIDEMIOLOGÍA
 C.B.P. N° 1780
 RNDE N° 0144

Anexo N ° 07

Análisis de fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	11	100.0
	Excluidos ^a	0	.0
	Total	11	100.0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.658	2

Anexo N ° 08: Fotos

POGRAMA DEL ADULTO MAYOR



EVALUACIÓN CLÍNICA Y LLENADO DE FICHA EPIDEMIOLOGICA



PERSONAL DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR



TABULACIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

