



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

**TESIS DE GRADO**

**TEMA:**

**“INFECCIONES BUCALES OPORTUNISTAS Y SU RELACIÓN CON LA  
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA”.**

**PROPUESTA ALTERNATIVA**

**AUTORA:**

**GEMA MELISSA CAICEDO MOLINA**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DR. CÉSAR BURGOS MORÁN**

**PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR**

**2011-2012**

## **CERTIFICACIÓN**

Doctor César Burgos Morán. Certifica que la tesis de investigación titulada **“INFECCIONES BUCALES OPORTUNISTAS Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA”**, es original de Gema Melissa Caicedo Molina, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

**DR. CÉSAR BURGOS MORÁN**

**DIRECTOR DE TESIS**



**UNIVERSIDAD PARTICULAR**

**“SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TEMA:**

**“INFECCIONES BUCALES OPORTUNISTAS Y SU RELACION CON LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA”**

**PROPUESTA ALTERNATIVA**

TESIS DE GRADO SOMETIDA A CONSIDERACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR COMO REQUISITO PREVIO A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO.

-----  
Dra. Ángela Murillo Almache Mg.S.p.  
**Presidenta**

-----  
Dr. César Burgos Morán  
**Director de Tesis**

-----  
Dra. Katiuska Briones Solórzano  
**Primer Miembro**

-----  
Dra. Dolores Gúizamano Luna  
**Segundo Miembro**

-----  
Ab. Julia Morales Loor  
**Secretaria Académica**

## **DECLARACIÓN**

Las responsabilidades de ideas, resultados, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo investigativo de, **“INFECCIONES BUCALES OPORTUNISTAS Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA”**, pertenece exclusivamente a la autora.

**GEMA MELISSA CAICEDO MOLINA**

## **DEDICATORIA**

Sin duda alguna dedico este trabajo principalmente a Dios.

A mis dos ángeles en el cielo mi abuelito Sr. Miguel Molina Rodríguez (+), a quien siempre he considerado como mi padre y que aunque físicamente ya no esté entre nosotros, siempre fue y será mi apoyo incondicional y mi tío político Sr. Antonio González (+).

A mis dos madres Sra. Karina Molina Vásquez y Sra. Mercedes Vásquez, a mi hijo José Miguel quien me da ánimo para seguir adelante cada día, a mi hermano Sr. Javier Caicedo; a mi tío Ángel, a mis tías Carmen, Virginia, Gina; a mis tías políticas Mary y Silvia; a mis sobrinos; a mis primos y primas; a todos ellos de mi familia porque han vivido conmigo todos los momentos felices y tristes por los que he tenido que pasar para alcanzar este nuevo reto, que sé me ayudará mucho en el porvenir.

Dedico también este logro a mis docentes quienes han sido mi guía durante el trayecto de la carrera.

A mis compañeros, y amigos que a más de compartir un aula de clases, compartimos juntos todos nuestros éxitos y fracasos.

**GEMA CAICEDO MOLINA**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios. Por la familia que me ha dado porque sin duda alguna sin el apoyo de ellos no hubiese sido posible cumplir este propósito, y por haberme fortalecido en todos los momentos difíciles donde mi Fe en él me hizo entender que todo se puede lograr.

Con todo mi amor agradezco a quien siempre a pesar de todo confió en mí y nunca me desamparó, quien supo criarme, mi abuelito; a mi madre porque gracias a su esfuerzo pude continuar y aquí está el resultado; a mi abuelita; mi tía Carmen y a toda mi familia que con su granito de arena siempre estuvieron apoyándome y dándome fuerzas cuando a veces ya no podía. Porque no hay satisfacción más grande que agradecer con hechos.

Agradezco también a la Universidad “San Gregorio” por permitirme formarme como profesional.

A todos mis catedráticos por impartir en mí sus conocimientos académicos.

A mis amigos que han estado conmigo en los buenos y malos momentos.

Y en sí a todas las personas que han confiado en mí, y que de una a otra manera me han ayudado, como David Guillén, mi gran amigo.

**GEMA CAICEDO MOLINA**

## INDICE GENERAL

	<b>PAG.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	i
<b>ANTECEDENTES</b>	iii
<b>CAPITULO I</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
<b>CAPITULO II</b>	
2. Justificación	4
<b>CAPITULO III</b>	
3. Formulación de objetivos	6
3.1. Objetivo general	6
3.2. Objetivos específicos	6
<b>CAPITULO IV</b>	
4. Hipótesis	7
<b>CAPITULO V</b>	
5. Marco teórico	8
5.1. Marco institucional	8
<b>5.2. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA</b>	9
5.2.1. Definición	9
5.2.2.1 Exámenes médicos preventivos	9
5.2..2.1.1 Detectar alteraciones urinarias	9
5.2.2.1.1.1 Proteinuria	9
5.2.2.1.1.2 Hematuria	10
5.2.2.1.2 Identificar las poblaciones con riesgo	10

5.2.3	Causas de la enfermedad renal crónica	11
5.2.3.1	Condiciones comórbidas	11
5.2.3.1.1	Enfermedades que causan enfermedad renal crónica	11
5.2.3.1.1.1	Diabetes	12
5.2.3.1.1.1.1	Clasificación de la diabetes	12
5.2.3.1.1.1.1.1	Diabetes mellitus tipo 1	12
5.2.3.1.1.1.1.2	Diabetes mellitus tipo 2	12
5.2.3.1.1.1.2	Fisiopatología	13
5.2.3.1.1.1.3	Tratamiento	14
5.2.3.1.1.1.4	Manejo del paciente diabético	14
5.2.3.1.1.1.4.1	Guías de admisión hospitalaria	14
5.2.3.1.1.1.5	Curso de la enfermedad renal crónica	15
5.2.3.1.1.1.6	Mecanismo de daño de la hiperglicemia	16
5.2.3.1.1.1.6.1	Albúmina en la orina	17
5.2.3.1.1.2	Hipertensión arterial	17
5.2.3.1.1.2.1	Clasificación de la hipertensión	18
5.2.3.1.1.2.2	Evaluación diagnóstica	20
5.2.3.1.1.2.3	Complicaciones de la hipertensión arterial	21
5.2.3.1.1.2.3.1	Arterioesclerosis	21
5.2.3.1.1.2.3.2	Cardiopatía hipertensiva	21
5.2.3.1.1.2.3.3	Enfermedad renal	22
5.2.3.1.1.2.3.4	Accidente vascular- cerebral	22
5.2.3.1.1.2.4	Valoraciones de la hipertensión primaria o esencial	22



5.2.3.1.1.2.5 Exámenes de laboratorio	23
5.2.3.1.1.2.6 Cuándo remitir un paciente hipertenso al hospital	24
5.2.3.1.1.3 Lupus eritematoso	25
5.2.3.1.1.3.1 Causas	25
5.2.3.1.1.3.2 Síntomas	26
5.2.3.1.1.3.3 Pruebas y exámenes	27
5.2.3.1.1.3.4 Manifestaciones renales	28
5.2.3.1.1.3.5 Tratamiento	29
5.2.3.1.1.3.5.1 Drogas	29
5.2.3.1.1.4 Medicamentos causantes de insuficiencias renales	29
5.2.3.1.1.4.1 Etiología	30
5.2.3.1.1.4.2 Nefrotoxicidad inducida por fármacos	30
5.2.3.1.1.4.2.1 Antineoplásicos	30
5.2.3.1.1.4.2.2 Antimicrobianos	31
5.2.3.1.1.4.2.2.1 Aminoglucósidos	31
5.2.3.1.1.4.2.3 Vancomicina	32
5.2.3.1.1.4.2.4 Penicilinas y cefalosporinas	33
5.2.3.1.1.4.2.5 Antivirales	33
5.2.3.1.1.4.3 Otros medicamentos nefrotóxicos	34
5.2.3.1.1.4.3.1 Alopurinol	34
5.2.3.1.1.4.3.2 Quinina	34
5.2.3.1.1.4.3.3 Antihistamínicos	34
5.2.4 Diálisis en pacientes con problemas renales	35
5.2.4.1 Preparación para la sustitución de la función renal	36

5.2.4.2	Cuándo comenzar la diálisis	37
5.2.4.3	Puede una diálisis curar la enfermedad renal crónica	38
5.2.4.3	Precauciones de las complicaciones de diálisis	38
5.2.4.5	Recomendaciones odontológicas a los pacientes con tratamientos de diálisis	39
5.3	<b>INFECCIONES BUCALES OPORTUNISTAS</b>	40
5.3.2	Clasificación	40
5.3.2.1	Bacterianas	40
5.3.2.1.1	Gingivitis	40
5.3.2.1.1.1	Eritema gingival linear	42
5.3.2.1.1.2	Gingivitis ulcero- necrosante	42
5.3.2.1.1.3	Periodontitis rápidamente progresiva	42
5.3.2.1.2	Absceso dental	42
5.3.2.1.2.1	Objetivos del manejo	43
5.3.2.1.2.2	Prevención y medidas	43
5.3.2.1.2.3	Tratamiento medicamentoso	43
5.3.2.1.2.4	Para pacientes alérgicos a la penicilina	43
5.3.2.2	Infecciones micóticas	44
5.3.2.2.1	Candidiasis oral	44
5.3.2.2.1.1	Presentaciones clínicas de candidiasis orales	44
5.3.2.2.1.1.1	La candidiasis pseudomembranosa aguda	45
5.3.2.2.1.1.2	La candidiasis eritematosa aguda	45
5.3.2.2.1.1.3	La candidiasis hiperplasia	45
5.3.2.2.1.1.4	La queilitis angular	45
5.3.2.2.1.2	Tratamiento no medicamentoso	45

5.3.2.2.1.2.1 Medidas preventivas	45
5.3.2.2.1.2.2 Tratamiento medicamentoso	46
5.3.2.3 Infecciones virales	46
5.3.2.3.1 Leucoplasias pilosa	46
5.3.2.3.2 Herpes simple	47
5.3.2.3.2.1 Tratamiento no medicamentoso	47
5.3.2.3.2.2 Tratamiento medicamentoso	48
5.3.2.3.3 Sarcoma de Kaposi	48
5.3.2.4 Manifestaciones odontológicas	49
5.3.2.4.1 Caries dental	50
5.3.2.4.1.1 Definición	50
5.3.2.4.2 Aftas o fuegos	51
5.3.2.4.3 Xerostomía	51
5.3.2.4.4 Síndrome de la boca ardiente	51
5.3.2.4.5 Glositis romboidal media	52
5.3.2.4.6 Agrandamiento de las glándulas salivales	52
5.3.2.4.7 Liquen plano bucal y reacciones liquenoides	53

5.3.2.5 Tratamiento de urgencia odontológica en casos especiales	53
------------------------------------------------------------------	----

## **CAPITULO VI**

6. Metodología de la investigación	55
6.1 Métodos	55
6.1.1 Modalidad básica de la investigación	55
6.1.2 Nivel o tipo de la investigación	55
6.2 Técnicas	56
6.3 Instrumentos	56
6.4 Recursos	56
6.4.1 Materiales	56
6.4.2 Talento humano	57
6.4.3 Recursos tecnológicos	57
6.4.4 Recursos económicos	57
6.5 Población y muestra	57
6.5.1 Población	57
6.5.2 Muestra	58

## GRAFICUADRO N° 1

¿Cuál fue la causa que originó su enfermedad renal? 59

Análisis e interpretación del graficuadao n°1 60

## GRAFICUADRO N°2

¿Hace qué tiempo usted recibe diálisis? 61

Análisis e interpretación del graficuadao n°2 62

## GRAFICUADRO N° 3

¿Ha tenido alguna enfermedad bucal? 63

Análisis e interpretación del graficuadao n° 3 64

## GRAFICUADRO N°4

¿Cada qué tiempo visita al odontólogo? 65

Análisis e interpretación del graficuadao n° 4 66

## GRAFICUADRO N° 5

¿Presenta usted alguno de estos signos o síntomas 67

Análisis e interpretación del graficuadao n° 5 68

## GRAFICUADRO N° 6

¿Ha recibido usted tratamiento para su problema bucal? 69

Análisis e interpretación del graficuadao n° 6 70

## GRAFICUADRO N° 7

¿Desaparecieron las infecciones bucales con el tratamiento? 71

Análisis e interpretación del graficuadao n° 7 72

## GRAFICUADRO N°8

¿Qué tipo de medicamentos utiliza diariamente en su tratamiento? 73

Análisis e interpretación del graficuadao n° 5 75

## GRAFICUADRO N°9

Distribución de las infecciones bucales en pacientes con diabetes 76

Análisis e interpretación del graficuadao n° 9 77

## GRAFICUADRO N°10

Distribución de infecciones bucales con hipertensión arterial 78

Análisis e interpretación del graficuadao n° 19 79

## GRAFICUADRO N° 11

Distribución de infecciones bucales con H:T:A y diabetes 80

## GRAFICUADRO N° 12

Distribución de infecciones bucales en pacientes con L.E.S. 81

Análisis e interpretación del graficuadao n° 12 82

## GRAFICUADRO N° 13

Distribución de infecciones bucales en otras patologías 83

Análisis e interpretación del graficuadao n° 13 84

Conclusiones 85

Bibliografía 88





## INTRODUCCION

La insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el estado de salud emocional, económico y social del paciente ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar su vida social, además de esto, las múltiples anulaciones, dieta, restricción de líquidos, técnicas dolorosas, a veces la pérdida de esperanza de trasplantes renales en muchos casos ocasiona el abandono familiar afectando notablemente al paciente, disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento, lo que conduce a que se adquieran conductas negativas en relación al cuidado de su salud.

Uno de los sistemas que más sufre cambios es el sistema estomatognático o cavidad bucal, como por ejemplo la pérdida y mal estado de los dientes que se deben a caries o trastornos de las encías y/o raíces dentarias. Estas alteraciones pueden acompañarse de sequedad de boca, pérdida del gusto y otros trastornos, y los factores pueden ser muchos, entre ellos enfermedades de origen renal causadas por otras patologías como son la diabetes, hipertensión, el lupus eritematoso, entre otros.

Mismos que causan inmunodepresiones y provocan serios cambios en la salud oral del paciente, especialmente en aquellos que reciben tratamientos invasivos como son la diálisis.

El presente estudio está realizado en los pacientes de diálisis de la clínica renal "MANADIÁLISIS" de Portoviejo, donde se ha seleccionado a 168 pacientes para esta investigación, para lo cual se aplicó el método científico,

se ha descrito la fisiología y patología de la enfermedades renales y las patologías causantes de las mismas, así como las infecciones orales más frecuentes y su tratamiento.

Se ha realizado un análisis de variables para determinar incidencia de enfermedades bucales en pacientes que presentan enfermedades renales, analizándose y tabulándose los datos.

Encontrándose que de los 168 pacientes investigados en la clínica renal "MANADIÁLISIS" Portoviejo encontramos que el 33.92% la diabetes es la causa de la insuficiencia renal, el 62.3% de los pacientes tienen menos de un año en tratamiento y solo el 5.35% tienen de 6 a 9 años lo que nos indica que el tiempo de sobrevida de los pacientes es de menos de 5 años, dependiendo de la edad y la condición socioeconómica del paciente, el 100% de los pacientes han presentado algún problema bucal siendo la gingivitis con un 66% la patología oral más frecuente en este tipo de pacientes, El 78.5% han recibido tratamiento odontológico por resequedad de la boca síntoma, producido en parte por la diálisis y el problema renal lo cual favorece la proliferación de bacterias u hongos.

## ANTECEDENTES

Al comenzar el siglo XXI se puede enorgullecer de los adelantos logrados en mejorar la salud oral de la población en general. A finales del siglo pasado, la mayoría de los habitantes a nivel mundial tenían la posibilidad de perder los dientes al llegar a la mitad de su vida. Esta situación comenzó a cambiar con el descubrimiento de las propiedades del flúor y la observación respecto a que los habitantes de comunidades que cuentan con agua potable con contenido natural de flúor, tienen menos caries (dientes picados) que los habitantes de comunidades comparables, que no tienen agua potable con flúor.

Sin embargo, al evaluar los progresos realizados en mejorar la salud oral, este informe deja perfectamente en claro que todavía existen profundas e importantes disparidades en la salud oral de nuestros ciudadanos. De hecho, lo que se podría llamar una “epidemia silenciosa” de enfermedades dentales y orales que afecta a algunos grupos de la población.

Esta carga de enfermedades restringe las actividades escolares, laborales y familiares, y disminuye significativamente la calidad de vida. Aquellos que sufren de la peor salud oral son los pobres de todas las edades, siendo los niños y ancianos los más vulnerables dentro de la población. Las personas pertenecientes a grupos minoritarios raciales y étnicos también sufren un nivel desproporcionado de problemas orales. Asimismo las personas con problemas médicos o discapacitadas, tienen mayor riesgo de enfermedades orales y, a su vez, las enfermedades orales ponen en mayor peligro su salud.

Sabemos que la boca refleja el estado de salud general y el bienestar. Este informe reitera que los factores de riesgo a la salud en general, que son comunes a muchas enfermedades, tales como el uso del tabaco y la mala alimentación, también afectan la salud oral y craneofacial. Recientemente, los resultados de las investigaciones han señalado la posible relación entre las infecciones orales crónicas y la diabetes, las enfermedades cardíacas, renales, e inmunodepresoras, que van ocasionando que las enfermedades orales son progresivas y acumulativas y se hacen más complejas con el tiempo, afectando la capacidad de comer así como los alimentos que se eligen, el aspecto y la forma en que se puede comunicar.

Un tercio de la población de los Estados Unidos (10 millones de personas) presentan problemas orales a causa de un mal cuidado oral. Más de 18 millones de personas en América Latina tienen problemas crónicos causados por la diabetes y la hipertensión arterial quienes por el poco acceso a los servicios de salud no reciben atenciones oportunas presentándose lesiones serias en su cavidad oral.

En el país el índice es muy alto por la cultura poco preventiva de la población ecuatoriana quienes acuden a la atención odontológica solo cuando está enferma.

Por lo que en el Ecuador los elementos principales a tratar actualmente son los factores determinantes de la salud o la enfermedad, con enfoque primario en la prevención de enfermedades y en la “producción de salud”, más que en la “recuperación de salud”; una descripción de la carga que las enfermedades y trastornos orales representan para el Ecuador; y las bases

para la acción destinada a mejorar la salud oral a lo largo del ciclo de vida, también tiene que incluir una orientación para el futuro, señalando las tecnologías de punta y los resultados de las investigaciones que pudieran utilizarse para mejorar la salud oral de los individuos y las comunidades en el país.

# CAPITULO I

## 1.1. Planteamiento del problema.

Se determina a una infección oportunista como una enfermedad que se va a aprovechar de aquel individuo que se encuentre con el sistema inmunológico deprimido, ya sea por la presencia propia de enfermedades sistémicas crónicas, por el uso de fármacos a largo plazo, quimioterapias, hemodiálisis, VIH, entre otros. Normalmente estas infecciones no se van a presentar en pacientes inmunológicamente sanos.

En los últimos años ha existido una gran preocupación entre microbiólogos orales mundiales debido a que la abundancia descontrolada de la presencia de patógenos (bacterias, hongos, virus), se ha incrementado en un 60 a 100% afectando a pacientes de diferentes estados nosocomiales en varios países. Las dos formas más comunes del virus son el virus tipo 1 de herpes simple (HSV-1) y el virus tipo 2 de herpes simple (HSV-2). El HSV-1 está más asociado con las infecciones de la cavidad oral, estando presente en el 90 % de la población a nivel del mundo. El HSV-2 está igual asociado con las infecciones por herpes labial, estando el 30 % de la población entre los 25 y 45 años expuesta a este virus. Sin embargo, las investigaciones sugieren que los dos tipos de HSV pueden infectar el sistema estomatognático.

Actualmente en el Ecuador la colonización de la candidiasis a nivel oral se encuentra afectando a un 30% de la población en pacientes sanos y de un 40 a 90% en pacientes con inmunodeficiencia, esta micosis se produce

cuando el desequilibrio del ecosistema causa un importante incremento del hongo, y en este crecimiento de las levaduras influyen diferentes factores, como: la cantidad de saliva (ya que en ésta se encuentran factores defensivos), la dieta (ferropenia, avitaminosis), el pH o la temperatura. Igualmente la presencia del herpes labial es muy común en individuos inmunológicamente afectados incluyendo a niños en un 45%, y adultos en un 60%.

Las infecciones provocadas por bacterias odontogénicas son las que más destacan ya que a nivel bucodental existe abundancia de estos microorganismos que se encuentran induciendo a la aparición de caries, gingivitis, periodontitis, etc. Con una incidencia de más del 80% se encuentran afectando a la población nacional; estando presentes en colonizaciones aerobias y anaerobias.

A nivel de la Provincia de Manabí, por el aumento de enfermedades sistémicas crónicas es común que estos portadores, por diferentes factores como la deficiencia económica, baja autoestima, entre otros; permitan el avance progresivo de la misma, no llevando los tratamientos adecuados a tiempo y esto ocasiona que se asocien a nuevas infecciones como son las bucodentales, este es el punto existente en los pacientes que se realizan tratamientos de diálisis en "MANADIÁLISIS" de Portoviejo, con una incidencia admirable de pacientes con estas infecciones, suponiendo que esto se debe a que esta institución no cuenta con un consultorio de odontología propio y hasta el momento no se ha realizado una investigación que nos permita saber exactamente el porcentaje de estas afecciones.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Por qué los pacientes con enfermedad renal crónica presentan una alta incidencia de infecciones bucales oportunistas?



## CAPITULO II

### 2. Justificación

Las personas portadoras de enfermedades sistémicas, son muy vulnerables a contraer infecciones bucales debido al déficit de inmunidad, actualmente existen variadas manifestaciones orales que no solo se deben a éstas, sino también a los tratamientos que requieren, de las cuales la sociedad vive desinteresada y aislada del problema que representa. Es por esta razón que es de gran necesidad aportar con esta investigación que ayudará, tanto a los pacientes como al personal que esté relacionado con ellos, sus familiares, el entorno médico en que se desenvuelven.

En la clínica renal “MANADIÁLISIS” de Portoviejo, no se ha realizado con anterioridad algún tipo de investigación referente a las infecciones bucales. A pesar que desde hace mucho tiempo se encuentran presentes estas alteraciones, no existe la responsabilidad, en querer resolver este problema.

Para toda la sociedad, es importante encontrar soluciones para detener o evitar que se de origen a más alteraciones, ya que esto permitirá mejorar el estado general de la salud del paciente y disminuir sus dolencias, y así se buscará también que exista responsabilidad de todo el medio para lograr este propósito contribuyendo a la adaptación de un estilo de vida sano y eficiente.

Gracias a la aceptación de las personas y de esta empresa que están permitiendo abrir un nuevo tema que aportará a las Ciencias de la Salud, tanto a la odontología como a la medicina, se espera aplicar gran

información para las futuras generaciones que se involucren en este ámbito, y así contribuir para mejorar el estado bucal de pacientes con tratamiento renal.

Hay evidencia suficiente de beneficio en justificar los esfuerzos de los profesionales de la salud oral en estimular el uso del cepillado y de la seda, pero en realidad en casos de déficit de inmunidad no bastan estas recomendaciones, así es como lo demuestran las investigaciones científicas, por lo cual es razonable suministrar información a los pacientes sobre lo que puede suceder si no se previenen o se tratan las infecciones bucales.

El advenimiento de la revolución tecnológica que está modificando por completo los procesos de acceso, elaboración y difusión de la información y los textos de bibliografía que sus autores se deleitan día a día por brindar nuevos resultados de investigaciones, facilitan y hacen posible que se desarrolle teóricamente esta tesis.

## **CAPITULO III**

### **3. Formulación de objetivos**

#### **3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre las infecciones bucales oportunistas y la enfermedad renal crónica en los pacientes atendidos en la Clínica Renal “MANADIÁLISIS” de Portoviejo.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- a) Caracterizar a los pacientes con diabetes para relacionarlos con la presencia de las úlceras bucales.
- b) Identificar a los pacientes que presentan lupus eritematoso para establecer el origen de las leucoplasias bucales.
- c) Valorar la incidencia de infecciones bacterianas en los pacientes dializados.
- d) Investigar los tipos de medicamentos en pacientes dializados para relacionarlos con los efectos adversos a nivel bucodental.
- e) Plantear una propuesta de solución al problema encontrado.

## **CAPITULO IV**

### **4. Hipótesis**

La enfermedad renal crónica influye significativamente en la aparición de las infecciones bucales oportunistas.

## **CAPITULO V**

### **5. Marco teórico**

#### **5.1. Marco Institucional**

La clínica renal “MANADIÁLISIS” inicia sus actividades en Portoviejo el 23 de septiembre del 1996, está ubicada en la Avda. Manabí, siendo esta la matriz de la empresa y actualmente cuenta con sucursales en Chone, Manta y dentro del mismo cantón, estando a cargo de la Gerencia desde sus inicios hasta ahora la Lcda. María Del Carmen Ron; el incremento de nuevas clínicas se debe al aumento de pacientes con insuficiencia renal causada por otras patologías sistémicas, las cuales a la vez hacen que se originen las infecciones bucales que se aprovechan de que el sistema inmune de estos pacientes se encuentra deficiente, sin embargo al no contar esta clínica con un consultorio odontológico no se tienen datos exactos desde cuándo se ha presentado este problema.

Al tener convenio esta clínica con el IESS, los pacientes cuando presentan alguna manifestación bucal desagradable son derivados a esta institución al departamento de odontología, y en la revisión de las historias clínicas de los pacientes que han ingresado a diálisis se ha encontrado diagnósticos de herpes labial, candidiasis, aftas, erosiones bucales y linguales, con sus respectivos tratamientos farmacéuticos, pero cabe recalcar que algunas de estas infecciones han vuelto a reaparecer después de los tratamientos efectuados. Hasta estos momentos no se ha realizado ningún tipo de investigación referente a esta índole dentro de esta empresa.

## 5.2 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

**5.2.1 Definición:** “Daño renal por tres o más meses, definido por anormalidades del riñón estructurales o funcionales, con o sin disminución de la filtración glomerular (FG), manifestado por patologías o marcadores de daño renal, incluyendo anormalidades en la composición de la sangre u orina o anormalidades en los estudios por imágenes.

Filtrado glomerular < 60 ml. por minuto por 1,73 m<sup>2</sup> durante tres meses o más, con o sin daño renal”<sup>1</sup>.

### 5.2.2 Diagnóstico:

#### 5.2.2.1 Exámenes médicos preventivos.

- Detectar alteraciones urinarias.
- Valorar función renal
- Identificar las poblaciones con riesgo de desarrollar enfermedad renal.

##### 5.2.2.1.1 Detectar alteraciones urinarias.

- El estudio deberá incluir la investigación de proteinuria y el estudio del sedimento urinario.
- A las personas con alteraciones urinarias se les repetirá el examen clínico y el estudio urinario y se les realizará creatininemia, glicemia y ecografía renal.

##### 5.2.2.1.1.1 Proteinuria.

- Las tirillas reactivas estándares son aceptables para detectar proteinuria o albuminuria.

---

<sup>1</sup>Cotran, Kumar y Collins. Robbins. Insuficiencia Renal Crónica, 6ª ed., México, McGraw-Hill Interamericana, 2007: 519

- En los pacientes con test de tirilla positivo (1+ o >) debe confirmarse la proteinuria con una medida cuantitativa (relación proteína - creatinina).
- Los pacientes con dos o más test cuantitativos positivos temporalmente espaciados por una o más semanas serán diagnosticados con proteinuria persistente.
- Para realizar detección temprana de daño renal, se aconseja preferir la determinación microalbuminuria.

#### **5.2.2.1.1.2 Hematuria.**

- Las tirillas reactivas estándares son aceptables para la detección de hematuria, pero el diagnóstico debe confirmarse siempre por el estudio del sedimento urinario.
- La microhematuria se define como la presencia de 5 o más glóbulos rojos por campo de alto poder en el estudio del sedimento en una orina centrifugada.

#### **5.2.2.1.2 Identificar las poblaciones con riesgo de desarrollar enfermedad renal.**

- Los individuos deben ser valorados, como parte del examen de rutina preventivo, para determinar si tienen riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica, basados en la clínica y en factores sociales y demográficos.

### **5.2.3 Causas de las enfermedades renales crónicas.**

A diferencia de la insuficiencia renal aguda, la insuficiencia renal crónica empeora lentamente y con mucha frecuencia resulta de cualquier enfermedad que produzca una pérdida gradual de la función renal. Esta enfermedad puede oscilar desde una disfunción leve hasta una insuficiencia renal severa, y puede llevar a una insuficiencia renal en estado terminal.

La insuficiencia renal crónica se desarrolla a lo largo de muchos años a medida que las estructuras internas del riñón se van dañando lentamente. En las etapas iniciales de la enfermedad, puede que no se presenten síntomas. De hecho, la progresión puede ser tan lenta que los síntomas no ocurren hasta que la función renal es menor a la décima parte de lo normal.

Hay poblaciones consideradas de alto riesgo para desarrollar Enfermedades Renales Crónicas.

#### **5.2.3.1 Condiciones comórbidas.**

##### **5.2.3.1.1 Enfermedades que causan enfermedad renal crónica.**

- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Lupus Eritematoso Sistémico (LES)
- Nefropatías por nefrotóxicos: analgésicos, aines, antineoplásicos, ciclosporinas.

La insuficiencia renal crónica produce una acumulación de líquidos y productos de desecho en el cuerpo, lo que lleva a una acumulación de productos de desechos nitrogenados en la sangre (azotemia) y a



la enfermedad generalizada. La mayor parte de los sistemas del cuerpo se ven afectados por la insuficiencia renal crónica.

#### **5.2.3.1.1.1 Diabetes**

Enfermedad producida por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y a veces en la orina.

Es una enfermedad multiorgánica ya que puede lesionar casi todos los órganos y en especial los ojos, los riñones, el corazón y las extremidades. El tratamiento adecuado permite disminuir el número de complicaciones.

##### **5.2.3.1.1.1.1 Clasificación de la diabetes**

###### **5.2.3.1.1.1.1.1 Diabetes mellitus TIPO 1**

Este tipo de diabetes se presenta principalmente en jóvenes, en su mayoría, durante la infancia. En las personas con diabetes el páncreas pierde la capacidad de producir insulina, la cual debe ser administrada diariamente para que la persona pueda metabolizar la glucosa de los alimentos. No se conoce con exactitud las causas de pérdida de funcionalidad del páncreas, pero juegan un papel importante determinados virus, factores genéticos, autoinmunitarios, etc.

###### **5.2.3.1.1.1.1.2 Diabetes mellitus TIPO 2**

La Diabetes Mellitus tipo 2 se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de

insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina).

Este tipo de diabetes se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, es muy frecuente la asociación con la obesidad y el sedentarismo, mostrando una pronunciada agregación familiar.

#### **5.2.3.1.1.2 Fisiopatología**

Al menos uno de los genes de susceptibilidad para la diabetes de tipo 1 se encuentra en la región que codifica a los antígenos de clase II del MHC en el cromosoma 6p21 (HLA-D)". Recuérdese que la región HLA-D contiene tres clases de genes (DP, DQ y DR), que las moléculas de clase II son muy polimorfas y que cada una de ellas tiene numerosos hálelos.

Es interesante señalar que, aparentemente el riesgo de diabetes tipo 1 de la población blanca reside en las cadenas del péptido HLA-DQ (con diferencias de aminoácidos de la región cercana a la hendidura captadora de antígeno de la molécula.

Se cree que las variaciones genéticas de la molécula de clase II HLA pueden alterar el reconocimiento del receptor ( la célula T o modificar la presentación de los antígenos por variaciones de la hendidura de captación del antígeno. Por tanto, los genes HLA de clase II podría influir en el grado de capacidad de respuesta inmunitaria de las células pancreáticas a un antiantígeno o bien la presentación de un antoantígeno de las células (podría hacerse de forma que incitara una respuesta inmunitaria normal).

Además de la influencia establecida de los genes relacionados con el HLA, el estudio del genoma humano revela que existen alrededor de otras 20 regiones cromosómicas asociadas, de forma independiente entre sí, con la predisposición a la enfermedad.

Hasta la fecha, las regiones encontradas son Hpl5 (la región del gen de la insulina) y las que codifican lo de la glucoquinasa y de los pépticos receptores de células T.

En conjunto, todas ellas no representan más del 10% del riesgo genético.

#### **5.2.3.1.1.1.3 Tratamiento**

- Biguanidas.
- Sulfonilureas.
- Inhibidores de la Alfa-glucosidasa.
- Secretagogos no sulfonilureicos.
- Tiazolidinedionas.
- Insulina.

#### **5.2.3.1.1.1.4 Manejo del paciente diabético**

##### **5.2.3.1.1.1.4.1 Guías de admisión hospitalaria**

- Complicaciones metabólicas agudas que amenazan la vida.
- Diabetes recientemente diagnosticada en niños y adolescentes.
- Mal control metabólico sustancial que necesita monitoreo estrecho.
- Complicaciones crónicas severas o necesidad de medicamentos.
- Institución de bomba de insulina.

## Diabetes no controlada

- Hiperglucemia asociada con depleción de volumen.
- Hiperglucemia persistente asociada con deterioro metabólico.
- Hiperglucemia en ayunas recurrente (>300 mg/dl) refractaria al tratamiento por consultorio o HbA1c > 100% del normal.
- Episodios recurrentes de hipoglucemia severa a pesar de intervención.
- Inestabilidad metabólica manifestada por frecuentes hipoglucemias / hiperglucemias.
- Cetoacidosis diabética recurrente sin infección precipitante o trauma.

## Diabetes Gestacional

- Intolerancia a la glucosa de severidad variable que comienza o se diagnostica durante el presente embarazo.

### 5.2.3.1.1.5 Curso de la enfermedad renal

“Las complicaciones crónicas de la diabetes *mellitus* (DM) se clasifican, según el calibre del vaso sanguíneo afectado, en macroangiopáticas y microangiopáticas. Entre estas últimas se encuentran la nefropatía, la retinopatía y la neuropatía diabética. El daño ocurre en estos territorios debido a que las células no tienen mecanismos adecuados para enfrentar la hiperglicemia mantenida en el tiempo, de modo que los niveles de glucosa aumentan también a nivel intracelular, a diferencia de otras regiones del cuerpo que tienen mejores mecanismos defensivos frente a esta situación. La hiperglicemia produce alteraciones bioquímicas y funcionales que son reversibles en la primera etapa, en la cual la normalización metabólica de esta condición podría no sólo detener la progresión de las alteraciones, sino también revertirlas; cuando la hiperglicemia se mantiene en forma persistente en el tiempo se producen alteraciones estructurales que determinan el paso a una etapa irreversible”<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup>CASTRO M. MARIA G, AGUILAR S CARLOS, LECEAFA G MARIA G, HERNANDEZ J SERGIO, Complicaciones Crónicas en la diabetes mellitus, EDITORIAL LEXUS , 2009, MADRID ESPAÑA, pág. 24.

“Las complicaciones crónicas son determinadas por los siguientes grupos de factores condicionantes:

- Factores metabólicos: tiempo transcurrido desde el diagnóstico de diabetes; hiperglicemia; y vías metabólicas implicadas.
- Factores hemodinámicos: hipertensión arterial sistémica y local.
- Factores de crecimiento: el embarazo también produce cambios hemodinámicos e incrementa factores de crecimiento como el IGF-1, que podría acelerar la velocidad de instauración del daño.
- Factor genético: no está totalmente aclarado, pero define la susceptibilidad de los individuos para padecer complicaciones crónicas.

#### **5.2.3.1.1.1.6 Mecanismos de daño de la hiperglicemia**

La hiperglicemia determina el desarrollo de complicaciones crónicas a través de varios mecanismos, entre ellos:

- La formación de los productos de glicosilación avanzada.
- La activación de la vía del polirol.
- El aumento de los radicales libres, con auto-oxidación de la glucosa.
- La activación de la proteinquinasa C<sup>3</sup>.

A medida que la enfermedad progresa, pasa más albúmina a la orina. Esta etapa se puede denominar macroalbuminuria o proteinuria. Mientras aumenta la cantidad de albúmina en la orina, generalmente se deterioran las

---

<sup>3</sup>CASTRO M. MARIA G, AGUILAR S CARLOS, LECEAFA G MARIA G, HERNANDEZ J SERGIO, Complicaciones Crónicas en la diabetes mellitus, EDITORIAL LEXUS , 2009, MADRID ESPAÑA, pág. 24.

funciones de filtración de los riñones. El cuerpo retiene algunos materiales de desecho cuando la filtración se deteriora. Mientras progresa el daño renal, frecuentemente aumenta la presión arterial también.

**5.2.3.1.1.6.1 Albúmina en la orina.** La albúmina en la orina, o albuminuria, se mide comparando la cantidad de albúmina con la cantidad de creatinina en una sola muestra de orina. Cuando los riñones funcionan bien, la orina contiene grandes cantidades de creatinina pero casi nada de albúmina. Aun un pequeño incremento de la relación entre la albúmina y la creatinina es un signo de daño renal.

La enfermedad renal está presente cuando la orina contiene más de 30 miligramos de albúmina por gramo de creatinina, con o sin disminución de la e GFR.

#### **5.2.3.1.1.2 Hipertensión arterial**

“La hipertensión arterial se define como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg o como el nivel de presión diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg”.<sup>4</sup> Cuando la presión arterial sistólica (PAS) es igual o mayor a 160 mmHg, generalmente en personas mayores de 60 años, se considera hipertensión sistólica y es un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular.

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, que después de 10 ó 20

---

<sup>4</sup>DIAZ DE LEON MANUEL, Hipertensión, Editorial LIMUSA, 2008, pág. 235

años ocasiona daños significativos en órganos blancos. En ocasiones se dificulta el diagnóstico, aunque pueden presentarse algunos síntomas que son muy inespecíficos, tales como: cefalea, epistaxis, tinitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga fácil.

“La hipertensión arterial va acompañada de alteraciones funcionales. Algunos de los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en la hipertensión arterial son: cambios estructurales en el sistema cardiovascular, disfunción endotelial, el sistema nervioso simpático, sistema renina-angiotensina, mecanismo renal”<sup>5</sup>.

#### **5.2.3.1.1.2.1 Clasificación de la hipertensión**

La distribución de la presión arterial en la población es unimodal, y su relación con el riesgo cardiovascular es continua hasta niveles de sistólica y diastólica de 115-110 mmHg 75-70 mmHg respectivamente.

Este hecho hace que la palabra hipertensión sea cuestionable, y que su clasificación basada en puntos de corte sea arbitraria. Por otra parte, los cambios en una terminología ampliamente conocida y aceptada pueden generar confusión, mientras que la utilización de puntos de corte simplifica la aproximación diagnóstica y terapéutica en la práctica diaria.

Por tanto, se mantiene la clasificación de la hipertensión, con las siguientes condiciones.

1. Cuando las presiones arteriales sistólica y diastólica de una persona corresponden a distintas categorías, la mayor de ellas es la que se aplicará a efectos de la cuantificación del riesgo cardiovascular, las

---

<sup>5</sup> La salud en las Américas. Publicación científica N° 587. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2006 VII. Pág. 211-212

decisiones sobre el tratamiento farmacológico y la estimación de la eficacia del mismo.

2. La hipertensión sistólica aislada debe clasificarse (grados 1 – 2 y 3) de la misma forma que la hipertensión sistólica y diastólica. En cualquier caso, como se ha mencionado antes, la asociación con presiones diastólicas bajas (por ejemplo 60 – 70 mmHg) debe ser valorada como un riesgo adicional.
3. Los umbrales para la hipertensión (y la necesidad de tratamiento farmacológico) deben ser flexibles en función del nivel y el perfil de riesgo cardiovascular total.

#### **Definición y clasificación en los niveles de presión arterial (mmHg)**

<b>Categorías</b>	<b>Sistólica</b>		<b>Diastólica</b>
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120 – 129	y/o	80 – 84
Normal – alta	130 – 139	y/o	85 – 89
Hipertensión grado 1	140 – 159	y/o	90 – 99
Hipertensión grado 2	160 – 179	y/o	100 – 109
Hipertensión grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	y	< 90

La hipertensión sistólica aislada debe clasificarse en grados (1-2-3) según las cifras de presión arterial sistólica en los rangos indicados, siempre que las cifras de diastólica sean < 90 mmHg. Los grados 1 – 2 y 3 se corresponden con la clasificación en hipertensión ligera, moderada y grave. Se han omitido estos términos para evitar la confusión con la cuantificación del riesgo cardiovascular total.



“En resumen, aunque puede ser oportuno utilizar una clasificación de la hipertensión sin el término hipertensión, se ha mantenido éste en la tabla 3 por razones prácticas y con la reserva de que el umbral real de la hipertensión debe ser flexible, más o menos alto dependiendo del riesgo cardiovascular total de cada individuo”<sup>6</sup>.

### **5.2.3.1.1.2 Evaluación diagnóstica**

Los procedimientos diagnósticos están dirigidos a:

- 1) Establecer los niveles de presión arterial.
- 2) Identificar causas secundarias de hipertensión.
- 3) Estimar el riesgo cardiovascular, mediante la búsqueda de otros factores de riesgo cardiovascular, afectación de órganos diana y enfermedades concomitantes o condiciones clínicas asociadas. Estos procedimientos incluyen:

Mediciones repetidas de presión arterial

- Historia clínica
- Exploración física
- Pruebas de laboratorio y explotaciones complementarias. Algunas deben considerarse como parte del abordaje habitual en todos los hipertensos, otras son recomendadas y podrían ser ampliamente utilizadas en los sistemas sanitarios europeos desarrollados, y otras

---

<sup>6</sup> Guías de 2007 para el manejo de la hipertensión arterial. Pág. 50

estarían indicadas solo en función de los resultados del examen básico o del curso clínico del paciente<sup>7</sup>.

### **5.2.3.1.1.2.3 Complicaciones de la hipertensión arterial**

El exceso de presión en las arterias mantenida durante un período de años y no tratada puede llevar a un gran número de complicaciones. Se describen las más importantes.

#### **5.2.3.1.1.2.3.1 Arteriosclerosis**

Cuando los vasos sanguíneos están sujetos a un aumento de presión mantenido, responden engrosándose, lo que los hace menos flexibles. En estas arterias tiesas se fijan con facilidad las grasas que circulan en exceso en la sangre. A nivel de las arterias de los riñones, la arteriosclerosis hace que llegue menos flujo al riñón, y los riñones responden liberando renina, una hormona que a su vez causa un aumento de la TA. Esto exagera la HTA y causa aún más daño sobre los vasos sanguíneos.

#### **5.2.3.1.1.2.3.2 Cardiopatía hipertensiva**

Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos que alimentan el músculo cardíaco o miocardio (los llamados vasos coronarios), el corazón se ve obligado a trabajar más para mantener el flujo sanguíneo en los tejidos. En algunos casos lo hace aumentando de tamaño, con una hipertrofia del músculo cardíaco, haciéndose más rígido y menos eficaz. El resultado final puede ser la insuficiencia cardiaca congestiva: El corazón se queda

---

<sup>7</sup>ARTHUR C, CGTON.JHON E MAL, tratado de medicina vascular-Hipertensión Arterial, editorial LIMUSA, España, 2009, pág. 456.

atrás en el bombeo de lo que la sangre circulante necesita, y los líquidos se estancan en todo el organismo.

#### **5.2.3.1.1.2.3.3 Enfermedad renal**

La quinta parte de la sangre bombeada por el corazón va a los riñones. Estos filtran los productos de deshecho y ayudan a mantener los valores químicos adecuados. También controlan el balance de ácidos, sales, y agua. Los riñones son especialmente sensibles a las variaciones en el flujo sanguíneo que resultan de la HTA y de sus complicaciones. No pueden funcionar bien si el flujo decrece, así que el flujo bajo hace que secreten más del enzima renina, que hace que se constriñan todas las arterias del cuerpo, subiendo la TA en un intento de restaurar este flujo renal. Sin embargo, en última instancia, lo que se produce es un círculo vicioso que termina en más HTA y peor función renal, hasta llegar al fallo renal.

#### **5.2.3.1.1.2.3.4 Accidente vascular-cerebral**

“Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos del cerebro, puede ocurrir un bloqueo de sangre a alguna parte del cerebro por una estrechez o un coágulo (trombosis cerebral), o una rotura de un vaso (hemorragia cerebral). Todo ello es mucho más frecuente en hipertensos, y el riesgo disminuye al tratar la HTA”<sup>8</sup>.

#### **5.2.3.1.1.2.4 Valoraciones de la hipertensión primaria o esencial**

La evaluación del paciente hipertenso está dirigida a:

- Debe demostrar una elevación persistente de la presión arterial.

---

<sup>8</sup> [www.toutromedio.com](http://www.toutromedio.com)

- Si la elevación es por encima de 140/90, por lo menos en dos ocasiones en diferentes días o semanas.
- En la valoración del paciente hipertenso se toma en cuenta si hay angustia o dolor que puedan elevar la presión arterial.
- Si ha utilizado simpaticomiméticos como aerosoles nasales descongestionantes supresores del apetito o la utilización de AINE de venta libre, los corticosteroides.
- El consumo de alcohol en cantidad mayor de 60-90 cc.
- Alimentación hipersódica y pobres en potasio.
- Precisar o evaluar la presencia de órganos diana y la extensión del mismo si lo hubiera.

#### **5.2.3.1.1.2.5 Exámenes de laboratorio**

Los exámenes de laboratorio en pacientes sin sospecha de una forma secundaria de hipertensión tiene tres objetivos: 1. averiguar el grado de compromiso de órgano blanco; 2. identificar otros factores de riesgo cardiovascular, lo cual, al igual que el punto 1, permite una estratificación para la toma de decisiones terapéuticas; y 3. determinación de un valor inicial a partir del cual se valorará la progresión del compromiso de órgano blanco y el efecto de la farmacoterapia.

Debe ordenarse un uroanálisis corriente para identificar elementos celulares, proteína o glucosa. Siempre se incluye un hemograma completo, glucemia en ayunas, perfil lipídico con triglicéridos, colesterol total y HDL, electrolitos, nitrógeno ureico en la sangre, depuración de creatinina, calcio y ácido úrico.

Los exámenes automatizados de química sanguínea a menudo incluyen la mayoría de estos componentes o todos a un costo reducido.

“Varios estudios en curso están examinando el significado de la hipertrofia ventricular izquierda para el pronóstico en la hipertensión tratada. Los resultados de estos estudios, la comparación de varios criterios para la identificación de la hipertrofia ventricular izquierda y el desarrollo de técnicas ecocardiográficas menos costosas podrán resolver estas cuestiones en el futuro”<sup>9</sup>.

#### **5.2.3.1.1.2.6 Cuándo remitir un paciente hipertenso al hospital**

- “H.T.A. maligna o acelerada, emergencia hipertensiva y ciertos casos de urgencia hipertensiva en que el médico lo considere conveniente.
- Pacientes en los que se sospeche una HTA secundaria.
- HTA refractaria
- HTA mantenida y edad inferior a los 30 años.
- El agravamiento progresivo de las cifras de TA, a pesar de un tratamiento correcto.
- Constatación de una HTA grave de aparición súbita
- Toda HTA con complicaciones orgánicas que requieran control hospitalario.
- Situaciones prequirúrgicas en HTA complicadas o potencialmente complicables.
- Aplicación de técnicas no disponibles en atención primaria”<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup>WEINBERGER, Myron y MILLER, Conceptos actualizados en el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión. Pág. 32-38

<sup>10</sup>CÁLARI, Néstor. ECHENIQUE julio, Universidad de Mendoza. Facultad de Ciencias de la Salud Med, Tema 4.5.

### **5.2.3.1.1.3 Lupus eritematoso**

“El Lupus Eritematoso es una enfermedad sistémica causada por cambios patológicos que afectan células, tejidos y órganos. Estos cambios producen múltiples manifestaciones desafiándonos en establecer su concepto y estimulándonos a su elucidación.

Esta presentación se empeñará en exponer los conceptos actuales respecto a la etiología, patogénesis y fenómeno de células L. E. del Lupus Eritematoso.

Se debe pensar en el Lupus Eritematoso como en una entidad orgánica global sin hacer indebido énfasis en divisiones como Discoidea, Diseminado o Sistémico. La enfermedad se ha extendido más allá de la demarcación de las especialidades, ya que contribuciones importantes para establecer su conocimiento definitivo, son constantemente hechas en muchos campos de la medicina y de la ciencia”<sup>11</sup>.

#### **5.2.3.1.1.3.1 Causas**

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria, lo que significa que el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error al tejido sano. Esto lleva a que se presente inflamación prolongada (crónica).

La causa subyacente de las enfermedades autoinmunitarias no se conoce completamente.

El lupus eritematoso sistémico puede ser leve o tan grave como para causar la muerte.

La enfermedad es mucho más común en mujeres que en hombres y puede presentarse a cualquier edad, pero aparece con mayor frecuencia en personas cuyas edades están comprendidas entre los 10 y 50 años. Las personas de raza negra y las asiáticas resultan afectadas con más

---

<sup>11</sup> WILLIAN J, AAORGINSON, MD, Lupus erythematous, 5ta edición, editorial WILLIANS&WILKINNA, ABRIL 2007, pág, 1

frecuencia que las personas de otras razas. El LES puede también ser causado por ciertos fármacos.

#### **5.2.3.1.1.3.2 Síntomas**

Los síntomas varían de una persona a otra y pueden aparecer y desaparecer. Casi todas las personas con LES padecen hinchazón y dolor articular. Algunas desarrollan artritis. Las articulaciones frecuentemente afectadas son los dedos de las manos, las manos, las muñecas y las rodillas.

Otros síntomas comunes abarcan:

- Dolor torácico al respirar profundamente
- Fatiga
- Fiebre sin ninguna causa
- Pérdida del cabello
- Úlceras bucales
- Sensibilidad a la luz solar
- Erupción cutánea, en forma de "mariposa" en las mejillas y el puente nasal que afecta a aproximadamente la mitad de las personas con LES. La erupción empeora con la luz solar y también puede ser generalizada.
- Inflamación de los ganglios linfáticos

- Otros síntomas dependen de qué parte del cuerpo esté afectada:
- Cerebro y sistema nervioso: dolores de cabeza, entumecimiento, hormigueo, convulsiones, problemas de visión, cambios de personalidad.
- Tubo digestivo: dolor abdominal, náuseas y vómitos.
- Corazón: ritmos cardíacos anormales (arritmias).
- Pulmón: expectoración con sangre y dificultad para respirar.
- Piel: color desigual de la piel, dedos que cambian de color cuando hace frío (*fenómeno de Raynaud*).

Algunos pacientes sólo tienen síntomas cutáneos. Esto se denomina lupus eritematoso discoidea.

### **5.2.3.1.1.3.3 Pruebas y exámenes**

Para hacer el diagnóstico del lupus, se debe tener al menos 4 de 11 características típicas de la enfermedad.

El médico llevará a cabo un examen físico y auscultará el pecho con un estetoscopio. Se puede escuchar un sonido llamado roce cardíaco o roce pleural. Igualmente, se lleva a cabo un examen neurológico.

Los exámenes empleados para diagnosticar el LES pueden ser:

- Pruebas de anticuerpos, incluyendo pruebas analíticas de anticuerpos antinucleares (AAN)



- Conteo sanguíneo completo
- Radiografía de tórax
- Biopsia renal
- Análisis de orina

Esta enfermedad puede alterar también los resultados de los siguientes exámenes:

- Anticuerpo antitiroglobulina.
- Anticuerpo microsómicoantitiroideo.
- Componente 3 del complemento (C3 y C4).
- Examen de Coombs directo.
- Crioglobulinas.
- Exámenes de sangre para la actividad renal.
- Exámenes de sangre para la actividad hepática.
- Factor reumatoideo.

#### **5.2.3.1.1.3.4 Manifestaciones renales**

“La OMS clasificó la nefropatía lúpica en 6 clases: (son clase y no forma evolutiva).

- Clase 1) normal.
- Clase 2) glomerulonefritis mesangial (buen pronóstico)

- Clase 3) glomerulonefritis proliferativa focal.
- Clase 4) glomerulonefritis proliferativa difusa (peor pronóstico)
- Clase 5) glomerulonefritis membranosa (es raro la insuf. renal)
- Clase 6) glomerulonefritis esclerosante crónica (insuf. renal cr.)

#### **5.2.3.1.1.3.5 Tratamiento**

- Reposo en período agudo
- Evitar el sol porque puede desencadenar un brote multisistémico.
- Evitar drogas como: anticonceptivos orales – sulfas - isoniacida-  
procainamidahidralacina.

#### **5.2.3.1.1.3.5.1 Drogas:**

- Antiinflamatorios no esteroides
- Antimaláricos: Cloroquina- Hidroxicloroquina (pueden producir retinopatías irreversibles)
- Corticoides: (prolongan la sobrevida) Cuadro leve: <15 mg/d  
Prednisona-
- Cuadro severo: >1mg/Kg/d
- Citostáticos: Ciclofosfamida- Azatioprina<sup>12</sup>.

#### **5.2.3.1.1.4 Medicamentos causantes de insuficiencias renales**

El riñón recibe el 25% del gasto cardíaco por minuto, y es capaz de filtrar, concentrar, metabolizar y eliminar los fármacos o metabolitos activos, por lo

---

<sup>12</sup> PEETERS FREDERIK, Lupus, editorial Astiberri, España 2010, pág, 293-294

que es muy susceptible a la toxicidad por fármacos. Los mecanismos de toxicidad pueden ser diversos, incluidos los efectos directos o indirectos bioquímicos e inmunológicos. La pre-existencia de una alteración renal potencia el efecto tóxico, ya que los fármacos eliminados por filtración glomerular o secreción tubular se acumulan en pacientes con insuficiencia renal y originan una mayor frecuencia de efectos adversos, por lo que se puede necesitar un ajuste de la dosis para evitar la toxicidad renal y sistémica<sup>13</sup>.

#### **5.2.3.1.1.4.1 Etiología**

“La mayor parte de los fármacos y sustancias químicas que producen nefrotoxicidad con importancia clínica son tóxicos directos para las células.

Otras sustancias pueden provocar lesiones renales mediante mecanismos indirectos, que no suelen resultar aparentes a la vista de los conocimientos sobre la bioquímica de las mismas.

También se puede producir nefrotoxicidad por la presencia de cantidades anómalas circulantes de iones normales (p. ej., por hipopotasemia, hiperpotasemia, hipomagnesemia o hiperuricemia)”<sup>14</sup>.

#### **5.2.3.1.1.4.2 Nefrotoxicidad inducida por fármacos:**

##### **5.2.3.1.1.4.2.1 Antineoplásicos**

“El cisplatino es uno de los mejores antineoplásicos usados para el tratamiento de tumores en testículos, ovario, cérvix, pulmón, cabeza y vejiga, entre otros; sin embargo, tiene como efecto adverso la nefrotoxicidad. Aproximadamente el 20% de los pacientes que reciben altas dosis de cisplastino desarrollan falla renal. Las células renales son expuestas a las concentraciones de cisplastino durante la terapia del cáncer, por lo tanto,

---

<sup>13</sup> RAMIREZ G ELENA, LLANOS J LUCIA, Toxicidad de Farmacos, Capitulo 32, pag. 483.

<sup>14</sup> MANUAL DE MERCK, Tratado Medico, décima edición, 2010, pág. 821.

esta circunstancia es la mayor limitante para su uso. Se ha demostrado que un tercio de los pacientes que reciben este tratamiento, presentaron una disminución en la tasa de filtración glomerular, incremento de nitrógeno ureico, la creatinina sérica y un desequilibrio electrolítico”<sup>15</sup>.

#### **5.2.3.1.1.4.2.2 Antimicrobianos:**

##### **5.2.3.1.1.4.2.2.1 Aminoglucósidos**

Los aminoglucósidos inducen nefrotoxicidad de forma directa, la cual puede ser explicada por varios mecanismos.

Una primera hipótesis de este daño es que los aminoglucósidos son retenidos en las células en cepillo que revisten el túbulo proximal después de ocurrida la filtración glomerular. Así, estos se unen al borde en cepillo estando en su forma catiónica lo que favorece la adhesión principalmente a la fosfatidilserina.

Esta unión favorece entonces la acumulación y fuga simultáneamente de iones intracelulares como el potasio, magnesio y calcio, proteínas como la Beta-2 microglobulina, a-2 macroglobulina y la lisozima, al igual que enzimas como la Alanilamino-peptidasa y la N-acetil-glucosamina, cuyo resultado es la disminución en la tasa de filtración glomerular.

Una segunda hipótesis enuncia que la toxicidad se produce debido a que, una pequeña porción (5%) de los aminoglucósidos ingeridos, son retenidos en las células epiteliales del túbulo proximal después de la filtración glomerular y posteriormente se acumulan en vacuolas lisosomales y

---

<sup>15</sup> BRENNER. RARRY M, El Riñón- Tratado de Nefrología, Tomo 2 edición 7ma, editorial Interamericana 2006, pág. 90.

endosomales, así como también en el aparato de Golgi. Allí, generan cambios morfológicos que se traducen en la toxicidad renal<sup>16</sup>.

#### **5.2.3.1.1.4.2.3 Vancomicina**

El mecanismo por el cual la vancomicina genera nefrotoxicidad no es bien conocido, pero puede estar relacionado con la alteración que produce en el transporte de cationes orgánicos a través de la membrana basolateral renal, afectando directamente las mitocondrias.

Cuando se administra como monoterapia se ha encontrado nefrotoxicidad en el 5% de los casos, pero asociada a otros agentes nefrotóxicos, se eleva la incidencia hasta en un 35%, como cuando se administra junto a aminoglucósidos.

La nefrotoxicidad se manifiesta por un aumento en las concentraciones de BUN y creatinina sérica, presencia de cilindros hialinos y granulados, albuminuria, uremia y nefritis intersticial aguda.

La nefrotoxicidad se hace evidente en pacientes que reciben altas dosis de vancomicina, por terapia intravenosa prolongada o en aquellos en que se administra concomitantemente fármacos nefrotóxicos.

La nefrotoxicidad es usualmente asociada a concentraciones séricas de vancomicina de 80 a 100 mcg/ml, pero ha ocurrido en concentraciones tan bajas como de 25 mcg/ml o a concentraciones mayores a 4g/día, con implicaciones de peso y estimado del aclaramiento de creatinina<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> BRENNER. RARRY M, El Riñón- Tratado de Nefrología, Tomo 2 edición 7ma, editorial Interamericana 2006, pág. 91.

#### **5.2.3.1.1.4.2.4 Penicilinas y cefalosporinas**

“Los efectos nefrotóxicos de este grupo de antibióticos son poco frecuentes, y cuando aparecen se expresan clínicamente como una necrosis tubular intersticial aguda debida a hipersensibilidad.

La presentación típica de enfermedad aguda tubulointersticial es la de una disminución repentina de la función renal, que se produce con más frecuencia en pacientes asintomáticos que acaban de superar un proceso infeccioso tratados con alguno de estos fármacos. El paciente puede presentar signos y síntomas clásicos de un proceso alérgico, como erupción cutánea máculopapular, fiebre y eosinofilia”<sup>18</sup>.

#### **5.2.3.1.1.4.2.5 Antivirales**

El uso de medicamentos antivirales, cada vez más frecuentes, y que incluye medicamentos más potentes y eficaces, se ha relacionado con varios efectos adversos, entre ellos uno potencialmente serio como la nefrotoxicidad.

Resalta el uso de antirretrovirales en la terapia para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), un grupo poblacional predispuesto a la nefropatía, ya que se han reportado casos de insuficiencia renal incluso antes del inicio de la terapia con antivirales. Por esta razón, se debe evaluar antes del inicio de la terapia antirretroviral la función renal del paciente, teniendo en cuenta la nefrotoxicidad aditiva relacionada con el uso de estos medicamentos.

En primer lugar, entre los mecanismos asociados que han sido relacionados con antivirales, se encuentran los defectos de los transportadores renales, inducción de apoptosis y lesión mitocondrial.

---

<sup>17</sup> BRENNER. RARRY M, El Riñón- Tratado de Nefrología, Tomo 2 edición 7ma, editorial Interamericana 2006, pág. 92

<sup>18</sup>GUIGNARD, JEAN-PIERREOH WILLIAMBAUMGART STEPHEN, Nefrología y Fisiología Hidroelectrolítica, Edición. 2010, editorial, JOURNAL, Pág. 110

Debido a estas alteraciones, se produce como consecuencia una disfunción renal que se evidencia en: lesión renal, entre las cuales se encuentran necrosis tubular aguda (foscarnet, aciclovir, cidofovir), defectos tubulares aislados, síndrome de Fanconi (cidofovir, tenofovir, adefovir).

#### **5.2.3.1.1.4.3 Otros medicamentos nefrotóxicos**

##### **5.2.3.1.1.4.3.1 Alopurinol.**

El mecanismo por el cual este fármaco induce nefrotoxicidad no es bien conocido. Sin embargo, se ha descrito necrosis tubular con depósitos fibrinoides en pacientes que experimentan reacciones de hipersensibilidad generalizada a este medicamento, así como casos de nefritis intersticial.

##### **5.2.3.1.1.4.3.2 Quinina**

La quinina causa comúnmente microangiopatía trombótica, trombocitopenia autoinmune y generación de anticuerpos contra glóbulos blancos y células endoteliales. Además se han descrito casos de nefritis intersticial.

##### **5.2.3.1.1.4.3.3 Antihistamínicos**

Los antihistamínicos implicados en nefrotoxicidad son la difenhidramina y doxilamina. Se cree que estos pueden generar rabdomiólisis, un cuadro de daño muscular favorecido por la lisis de las células musculares de modo que se produce una liberación de mioglobina y creatinina al plasma. La mioglobina puede inducir daño renal secundario a toxicidad directa, obstrucción tubular y alteraciones en la tasa de filtración glomerular.

Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) y Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II (ARAI).

El efecto que producen los IECAs se relaciona con el papel de la angiotensina II de mantener la perfusión renal en casos de escasa volemia o de una disminución de las cifras tensionales<sup>19</sup>.

#### **5.2.4 Diálisis en pacientes con problemas renales**

Los riñones cumplen la función de eliminar elementos tóxicos en la sangre, como el potasio, la úrea y los ácidos, y también la nivelación de líquidos en nuestro cuerpo, por medio de la orina.

El procedimiento de la diálisis es una terapia para proporcionar las funciones del riñón al cuerpo, en la ocasión en la se padezca de una falla renal.

Podría ser lo anterior parte esencial del concepto de diálisis, además que es este un proceso que se realiza por medio de una máquina y que puede aplicarse con distintos procedimientos.

El protocolo de diálisis varía según el tipo de intervención que decida hacerse. Así, en el caso de una diálisis peritoneal continua ambulatoria, el resultado del proceso de absorción y purificación de la sangre es menos eficiente frente a la hemodiálisis; pero su beneficio radica en que puede ser realizada en la casa del paciente y no necesariamente en un hospital, debido a la simplificación de la máquina utilizada para esta diálisis.

---

<sup>19</sup> BRENNER. RARRY M, El Riñón- Tratado de Nefrología, Tomo 2 edición 7ma, editorial Interamericana 2006, pág. 97



Los distintos procedimientos de diálisis se practican dependiendo de las características de la falla del riñón, de su gravedad.

De acuerdo a ello, el que padece el mal funcionamiento del riñón recibirá como tratamiento una hemodiálisis, una diálisis peritoneal, una hemodiafiltración o una hemofiltración, procedimientos que se diferencian en el material que utiliza y en la duración de la filtración de los líquidos y la purificación de la sangre.

El riñón artificial, es el aparato desarrollado y perfeccionado por los avances tecnológicos, que se utiliza para llevar a cabo éste proceso.

Este consta de dos compartimentos: uno sanguíneo y otro de líquido de diálisis o hidráulico, la sangre en el circuito extracorpóreo es impulsada mediante una bomba de rodillos, controlada por el monitor que se detiene ante cualquier alteración detectada en el circuito.

#### **5.2.4.1 Preparación para la sustitución de la función renal**

- Los pacientes requieren instrucción y educación que los prepare para enfrentar la adaptación al tratamiento de sustitución de la función renal.
- Se recomienda que la preparación para el tratamiento de reemplazo de la función renal comience cuando el FG descienda de 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>.
- El paciente y su grupo familiar deben ser informados de los diferentes métodos de sustitución de la función renal disponibles en el país (Hemodiálisis, Diálisis

- Peritoneal y Trasplante Renal)<sup>20</sup>.
- “Se recomienda disponer de equipo multidisciplinario para la mejor elección del método sustitutivo y del momento de comenzar el tratamiento (nefrólogo, nutricionista, psicólogo y asistente social).
- El equipo debe valorar los beneficios y los riesgos de cada uno de los métodos y el paciente debe participar en la elección del método.
- Todos los pacientes deben ser instruidos para preservar las venas para la construcción de futuros accesos vasculares.
- La realización de la fístula arteriovenosa debe considerarse cuando el FG descienda a 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, valorando la situación clínica y el capital venoso del paciente y la velocidad de la progresión de la insuficiencia renal.

#### **5.2.4.2 ¿Cuándo comenzar la diálisis?**

- Cuando el kt/V semanal de urea sea menor de 2.0 (balance de urea 6-8 ml/min, balance de creatinina 9-14 ml/min).
- Todos los pacientes diabéticos deben ser aconsejados de iniciar el plan de diálisis.
- Los pacientes no diabéticos tienen indicación de iniciar el plan de diálisis, salvo que: El peso corporal sin edemas esté estable o en aumento (evaluación global subjetiva de la nutrición adecuada y albúmina sérica en rango normal).
- Ausencia de síntomas o signos atribuibles a la uremia.

---

<sup>20</sup>RUIZ, MAXIMO, **Diabetes Mellitus 4ª** Ed edición, Año 2011, Editorial Akadia, Pág. 14-15

- Si el paciente tiene un balance de creatinina entre 15 y 20 ml/min y presenta desnutrición calórico proteica que persiste a pesar de los intentos de optimizar la ingesta proteico calórica se debe iniciar el plan de diálisis.
- Son evidencias de deterioro nutricional:
  - Reducción involuntaria mayor del 6% del peso corporal libre de edemas en menos de 6 meses.
  - Disminución de la albúmina sérica 0.3 g/dl o niveles séricos <3.5 g/dl en ausencia de infección o inflamación aguda”<sup>21</sup>.
  - Descenso de una categoría (normal, leve, moderada, severa) de la evaluación nutricional global subjetiva.

#### **5.2.4.3 ¿Puede una diálisis curar la enfermedad renal crónica?**

“En algunos casos de insuficiencia renal repentina o aguda, es posible que sólo se necesite diálisis por un breve periodo de tiempo, hasta que los riñones mejoren. Sin embargo, si la enfermedad renal se hace crónica los riñones no mejorarán y necesitará realizar diálisis por el resto de vida al menos que sea posible un trasplante de riñón”<sup>22</sup>.

#### **5.2.4.4 Precauciones de las complicaciones en diálisis**

Debe realizarse prevención, detección, evaluación y tratamiento de las complicaciones de diálisis como la anemia, por lo que se recomienda:

- Balance del hierro
- Nutrición
- Metabolismo fosfocálcico
- Aporte proteico

<sup>21</sup> RUIZ, MAXIMO, **Diabetes Mellitus 4ªEd** edición, Año 2011, Editorial Akadia, Pág. 15

<sup>22</sup>AMGEN INC. Hemodiálisis: lo que necesita saber. Calidad de los resultados de la Insuficiencia Renal. National Kidney Foundation.Pág. 10. New York. 2006.

#### **5.2.4.5 Recomendaciones odontológicas a los pacientes con tratamiento de diálisis.**

Los pacientes que reciben diálisis requieren cuidados especiales de su cavidad bucodental. Es necesario identificar los factores que incrementan los riesgos de problemas bucales, desarrollo de planes de cuidados y descripción y desarrollo de prácticas de higiene bucal para prevenir patologías bucales. En estos pacientes se incrementa el riesgo de sangramiento e infección. Se atribuye a una combinación de factores dentro de los que se incluyen el uso de anticoagulantes como la heparina, utilizada durante el proceso de la diálisis. También son más susceptibles a desarrollar procesos infecciosos debido a su estado de debilidad general, depresión del sistema inmune y el enmascaramiento de signos y síntomas de infección por parte de las drogas que utilizan. Estas infecciones son la causa de morbilidad y mortalidad en pacientes con síndrome urémico y por lo tanto, siempre se debe prescribir una profilaxis antibiótica.

Se recomienda:

- Visita frecuente al odontólogo.
- Uso de fluoruros
- Manejo de placa bacteriana
- Técnicas de cepillado
- Limpieza interproximal
- Cepillos interdentarios
- Dieta
- Suprimir Malos hábitos

- Prevención del cáncer bucal
- Mantenimiento de higiene bucal del edentado total y de las prótesis dentales<sup>23</sup>.

### 5.3 INFECCIONES BUCALES OPORTUNISTAS

**5.3.1 Concepto:** "En nuestros cuerpos tenemos gérmenes (bacterias, hongos y virus). Cuando el sistema inmune funciona bien, los puede controlar. Pero cuando el sistema inmune está debilitado debido a la presencia de una patología sistémica o por el uso de medicamentos, estos gérmenes pueden causar problemas de salud. Las infecciones que se aprovechan de un sistema inmune debilitado se llaman oportunistas"<sup>24</sup>.

#### 5.3.2 Clasificación

Las infecciones bucales oportunistas se dividen en tres grupos dependiendo de los microorganismos que la producen pueden ser: bacterianas, micóticas y virales.

##### 5.3.2.1 Bacterianas:

###### 5.3.2.1.1 Gingivitis

"Es una enfermedad bucal bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causadas por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes y por una nula o deficiente higiene bucal.

Existen varios tipos de gingivitis, todas con las manifestaciones clínicas mismas que son destructivas donde el paciente presenta aliento putrefacto, un tejido gingival necrosado y hemorragias espontáneas severas"<sup>25</sup>.

"Misma que está asociada con la acumulación de bacterias específicas en individuos con resistencia disminuida del hospedero, usualmente responde rápidamente a reducción de las bacterias bucales por medio de una

---

<sup>23</sup> [www.scribd.com/doc/2407364/Manual-para-pacientes-en-Dialisis](http://www.scribd.com/doc/2407364/Manual-para-pacientes-en-Dialisis)

<sup>24</sup> **GONZALEZ GARZA, Ana.** Control de infecciones y seguridad en odontología. Transmisión de enfermedades. Primera edición. España. Editor Manual Moderno. Noviembre 2007. Págs. 138.

<sup>25</sup> NANJI ANTONIO, Oral Histology development, structure, and function, edit. Mosby, edición, Sexta, pág. 263

combinación de control personal de placas y la profilaxis por parte del profesional<sup>26</sup>.

Los síntomas son difíciles de notar al principio; pero con el progreso de la enfermedad, aparecen:

- Inflamación de las encías (encías rojas, hinchadas).
- Picor de las mismas.
- Sangrado de encías cuando se cepillan los dientes.

Cuando las enfermedades periodontales han evolucionado a periodontitis, suelen aparecer otros síntomas tales como:

- Retracción de las encías, sensación de dientes más largos.
- Movilidad de los dientes.
- Aumento de la sensibilidad dentaria, sobre todo al frío.
- Mal aliento.
- Aparición de abscesos y flemones en la encía.

“Factores sistémicos pueden modificar todas las formas de gingivitis principalmente a través de sus efectos sobre la inmunidad y la respuesta inflamatoria. Las bacterias son necesarias pero no suficientes para originar la enfermedad periodontal, se requiere un huésped susceptible, un período de tiempo determinado y un medio ambiente predisponente<sup>27</sup>.”

“Para las personas con diabetes, la enfermedad de las encías es tratada removiendo la placa con el fin de eliminar la infección y reducir la inflamación, además de mantener los niveles de glucosa en los rangos objetivos<sup>28</sup>.”

---

<sup>26</sup> NANJI ANTONIO, Oral Histology development, structure, and function, edit. Mosby, edition, Sexta, pág. 264

<sup>27</sup> TRINCHITELLA. Bettina. Importancia de la salud oral y su conexión con la salud general. Biomedicina. Buenos Aires. 2006.

<sup>28</sup> CASTRO M. MARIA G, AGUILAR S CARLOS, LECEFA G MARIA G, HERNANDEZ J SERGIO, Complicaciones Crónicas en la diabetes mellitus, EDITORIAL LEXUS , 2009, MADRID ESPAÑA, pág. 25.

**5.3.2.1.1.1 Eritema gingival linear:** “ aparece como una línea roja en los bordes de la encía. Se caracteriza por causar sangrado durante el cepillado de dientes y en ocasiones también de manera espontánea. No causa dolor.

**5.3.2.1.1.2 Gingivitis ulcero- necrosante:** produce úlceras necróticas con márgenes de color amarillo-blanco. Es dolorosa especialmente al tacto y provoca sangrado con el más mínimo contacto de algún elemento externo. El paciente suele presentar fiebre.

**5.3.2.1.1.3 Periodontitis rápidamente progresiva:** se caracteriza por la presencia de sacos infecciosos (bolsas periodontales)”<sup>29</sup>.

#### **5.3.2.1.2 Absceso dental**

“Supuración aguda o crónica relacionada con el diente causado por una infección bacteriana:

- Caso agudo: dolor (ocasionalmente muy fuerte) continuo y molesto.
- Si el diente está afectado hay dolor al tocarlo.
- Se pierde el diente si la infección afecta el hueso.
- Hinchazón del maxilar superior o inferior.
- Caso crónico: puede tener algunos de los síntomas incluyendo el dolor.

---

<sup>29</sup>Marsh, P. - Martin, M, MICROBIOLOGIA ORAL Edición 5ª, Editorial OMALCA, Año Edición 2011 Pág. 192.

#### **5.3.2.1.2.1 Objetivos del manejo**

- Curar el absceso y eliminar el agente patógeno.
- Alivio del dolor.
- Mejorar la higiene dental.

#### **5.3.2.1.2.2 Prevención y medidas**

- Higiene oral después de cada comida para quitar restos de alimentos.
- Cepillar los dientes frecuentemente.

#### **5.3.2.1.2.3 Tratamiento medicamentoso**

- amoxicilina vía oral cada 8 horas durante 5 días

- **Niños de 10 – 20 kg:** 125 mg
- **Niños de más de 20 kg y adultos:** 250 mg

#### **5.3.2.1.2.4 Para pacientes alérgicos a penicilina:**

- eritromicina vía oral cada 6 horas antes de los alimentos durante 5 días

- **Niños 11 – 15 kg:** eritromicina 125 mg
- **Niños de más de 15 kg:** eritromicina 250 mg
- **Adultos:** eritromicina 250 mg<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> BOTTINO MARCO ANTONIO, Terapéutica Dental – Nuevas tendencias, editorial Libro de artes Medicas, 2008 España Pág., 47



### **5.3.2.2 Infecciones micóticas**

#### **5.3.2.2.1 Candidiasis oral**

Infección por levaduras como es la *Cándida Albicans*: hongo oportunista, presente en la mayoría de las personas el cual es controlado por microorganismos no patógenos, pero cuando se produce un desequilibrio, éste hongo puede asumir patogeneidad provocando *la Candidiasis*. En la diabetes existe una predisposición a padecer candidiasis, independiente de los niveles de glucosa sanguínea.

Clínicamente da una sintomatología leve, generalmente en forma de quemazón en la faringe y mucosa oral que además están enrojecidas y en algunos casos presentan formaciones blanquecinas.

##### **5.3.2.2.1.1 Presentaciones clínicas de candidiasis orales**

**5.3.2.2.1.1.1 La candidiasis pseudomembranosa aguda o de Muguet** es frecuente en niños y ancianos, es infrecuente en personas de otras edades si no hay una enfermedad subyacente grave, por ejemplo, infección por VIH o leucemia. Puede observarse también en personas tratadas con corticosteroides en aerosol por procesos asmáticos u obstructivos crónicos pulmonares. En ésta infección es característica la presencia de grumos con placas blanco amarillentas que tienden a confluir y asientan sobre una mucosa eritematosa.

Son manchas algodonosas o placas de color blanco en la boca o lengua, irregulares, se quitan con dificultad, y puede dejar una herida al hacerlo, o la mucosa irritada.

En niños suele ser por ingesta de antibióticos o por llevarse a la boca objetos contaminados, mientras que en ancianos suele ser por antibióticos o por mala higiene bucal<sup>31</sup>.

**5.3.2.2.1.1.2 La candidiasis eritematosa aguda**“suele ser una complicación del tratamiento con antibacterianos de amplio espectro. Clínicamente se define como una zona rojiza sin la presencia de grumos o placas. Las localizaciones más comunes son el dorso de la lengua y el paladar, dando una imagen clásica en espejo. Cuando la lengua está afectada el dorso de la lengua no presenta papilas, está brillante y liso.

**5.3.2.2.1.1.3 La candidiasis hiperplasia** es la forma menos frecuente y se presenta como una lesión asintomática con pequeños nódulos blancos adheridos firmemente a un área eritematosa. Éste tipo de leucoplasia asociada a cándida es muy común en zonas retrocomisurales y con menos frecuencia en la lengua.

**5.3.2.2.1.1.4 - La queilitis angular** es una inflamación aguda o crónica de la piel y mucosa labial<sup>32</sup>

#### **5.3.2.2.1.2 Tratamiento no medicamentoso**

##### **5.3.2.2.1.2.1 Medidas preventivas**

- Secar adecuadamente los biberones tras la desinfección.
- Prótesis bien ajustadas.
- Buena higiene oral.

---

<sup>31</sup> VILLENA M HERNAN, Terapia Pulpar, Editorial. Bufago, 2008, pág. 128

<sup>32</sup> VILLENA M HERNAN, Terapia Pulpar, Editorial. Bufago, 2008, pág. 128

### 5.3.2.2.1.2.2 Tratamiento medicamentoso

– solución acuosa de violeta de genciana al 0.5%, aplicación tópica

- pintar el interior de la boca 3 veces al día
- continuar durante 48 horas después de la curación

– nistatina suspensión oral 100 000 IU/ml

- **Lactantes / niños:** 0,5 ml después de cada comida
- **Adultos:** 0,5 ml después de cada comida mantener la nistatina en contacto con las áreas afectas durante el mayor tiempo posible

– pastillas/caramelos de nistatina, para chupar cada 6 horas durante 10 días

- **Adultos:** 100 000 IU (1 pastilla)<sup>33</sup>.

### 5.3.2.3 Infecciones virales

#### 5.3.2.3.1 Leucoplasia pilosa

Es causada por el virus Epstein-Barr -el mismo que provoca la mononucleosis- y aparece en la mucosa de la cavidad bucal, debajo o en los costados de la lengua. Es una lesión blanca que habitualmente presenta pequeños pliegues, aunque en algunas zonas es plana.

Puede ser diagnosticada con una biopsia cuando no es posible distinguirla de alguna variedad de candidiasis. Es asintomática.

---

<sup>33</sup>BOTTINO MARCO ANTONIO, Terapéutica Dental – Nuevas tendencias, editorial Libro de artes Medicas, 2008 España. Pág. 46

### **5.3.2.3.2 Herpes simple**

“Es una infección que posee vesículas virales, que surgen en el borde de los labios y que forman costras cuando se rompen. Se trata de una lesión que provoca dolor y comezón. Aunque es una infección que entra al cuerpo a través de la piel, existe evidencia de que podría ingresar también por las membranas mucosas.

Estas son penetradas por el virus, aunque sin manifestaciones visibles ni síntomas; luego infecta los nervios periféricos y emigra al ganglio regional, donde permanece latente hasta que es activado. Los factores que lo activan pueden ser estrés emocional, frío, luz solar, fiebre, problemas gástricos o el ciclo menstrual, en el caso de las mujeres”.<sup>34</sup>

El Herpes simple virus tipo se puede complicar:

- Infecciones como la neumonía, pero usualmente se presenta de forma aislada.
- Auto limitada y habitualmente se resuelve en 10 días.
- Úlceras superficiales dolorosas en labios, encías y lengua.
- Debido al dolor el niño rechaza la alimentación.

#### **5.3.2.3.2.1 Tratamiento no medicamentoso**

**5.3.2.3.2.2** Pueden ayudar los enjuagues con sal, por ejemplo 1/2 cucharadita de sal en un vaso de agua tibia; gárgaras durante 1 minuto 2 veces al día.

- Dieta adecuada e hidratación.

---

<sup>34</sup>Marsh, P. - Martin, M, MICROBIOLOGIA ORAL Edición 5ª, Editorial OMALCA, Año Edición 2011 Pág. 193

- Dieta líquida para niños.
- Evitar bebidas ácidas, por ejemplo zumo de naranja o refrescos que causan dolor.

#### 5.3.2.3.2 Tratamiento medicamentoso

- Puede ser necesaria la rehidratación.
  - Pueden estar indicados los antipiréticos.
  - Paracetamol oral cada 4 – 6 horas cuando sea necesario hasta un máximo de 4 dosis diarias.
- **Niños de 3 meses – 1 año:** 2.5 ml (jarabe 120 mg/5 ml)
  - **Niños de 1 – 5 años:** 5 – 10 ml
  - **Niños de 5 – 12 años:** 1/2 – 1 comprimido (comprimidos de 500 mg)
  - **Niños mayores de 12 años y adultos:** 1 – 2 comprimidos
- Gel de lidocaína al 2% cada 3 – 4 horas, para el herpes oral extenso
- Aplicar una fina capa solamente sobre las áreas afectadas máximo un tubo<sup>35</sup>.

#### 5.3.2.3.3 Sarcoma de Kaposi

Está asociado con un tipo de virus herpes. En su estado avanzado, se manifiesta dentro de la cavidad bucal -especialmente en el paladar- como una úlcera traumática que produce inflamación, infección y dolor. Su aparición temprana no implica dolor. Los tratamientos más usados para enfrentarlo son la radio y la quimioterapia<sup>36</sup>.

<sup>35</sup> BOTTINO MARCO ANTONIO, Terapéutica Dental – Nuevas tendencias, editorial Libro de artes Medicas, 2008 España Pág., 51-52

<sup>36</sup>Marsh, P. - Martin, M, MICROBIOLOGIA ORAL Edición 5ª, Editorial OMALCA, Año Edición 2011 Pág. 193

#### 5.3.2.4 Manifestaciones odontológicas

Aunque las manifestaciones orales en el paciente dializado no son específicas o patognomónicas, existen cuadros de localización oral cuyo hallazgo es más frecuente en las personas con diabetes y pueden seguir una peor evolución debido a los niveles elevados de glucosa en sangre, lo que hace más propensas a las personas a desarrollar enfermedades bucales. Las complicaciones orales de los pacientes dializados están relacionadas con la capacidad del cuerpo de mantener un nivel aceptable de salud.

Entre las **lesiones de los tejidos blandos** de la boca en pacientes con inmunosupresión se encuentran las infecciones por hongos (Candidiasis), las úlceras, la estomatitis y los cambios en la lengua (como fisuras linguales, lengua saburral, alteraciones del sentido del gusto, lengua ardiente, depapilación lingual, sensación de ardor).

El desarrollo de estas afecciones se debe a la sequedad de boca, ya que la saliva no ejerce sus funciones de: lubricación, antimicrobiana, mantenimiento de la integridad de la mucosa, limpieza, capacidad de tampón y remineralización, preparación de los alimentos para la deglutinación, digestión<sup>37</sup> lo que causa una a la lenta cicatrización de las heridas y a la alteración de las respuestas inmune e inflamatoria.

---

<sup>37</sup> CALIZAYA, CAYLAC CINTIA RENE, Enf. Bucodentales y anomalías de los tejidos blandos, edit. Facisa Barcel, 2007 pág., 450

Además, la erupción de los dientes puede estar alterada, puede haber aumento en la incidencia de caries e hipoplasia del esmalte. Durante el examen o evaluación odontológica se debe de observar lo siguiente:

- Alteraciones de la mucosa oral.
- Desordenes miofuncionales: micosis y mialgias.
- Trastornos temporomandibulares.
- Exámenes dentarios: registro de COPD.
- Alteraciones mucogingivales y periodontales.
- Perdidas del reborde alveolar.
- Problemas estéticos.
- Evaluación de la higiene bucal<sup>38</sup>.

#### **5.3.2.4.1 Caries dental.**

##### **5.3.2.4.1.1 Definición:**

Enfermedad crónica más frecuente en el ser humano producida por gérmenes y caracterizada por reacciones químicas y microbiológicas que llevan a la destrucción total del diente. La evolución de la caries es progresiva, afectando primero al esmalte, después a la caries es un proceso indoloro hasta que llega a afectar a la pulpa dentaria<sup>39</sup> esta enfermedad afecta principalmente a los pacientes con altos niveles de glucosa en la saliva que baña los dientes. Se ha observado en diabéticos un aumento en la incidencia de caries con localizaciones atípicas, fundamentalmente, caries a nivel de los cuellos dentarios, sobre todo, en incisivos y premolares.

---

<sup>38</sup> MINSAL, Salud oral integral para Adultos de 60 años, Santiago, 2007, pág. 12

<sup>39</sup> MINSAL, Salud oral integral para Adultos de 60 años, Santiago, 2007, pág. 38

Asimismo también son más frecuentes las consecuencias de la caries, como la celulitis, la alveolitis post extracción o el edentulismo (pérdida de los dientes).

#### **5.3.2.4.2 Aftas o fuegos**

Un afta es una úlcera o llaga abierta y dolorosa en la boca, de color blanco o amarillo, provoca un sabor picante y está rodeado por un área roja y brillante.

Las aftas suelen aparecer en las superficies interiores de los carrillos y los labios, la lengua, el paladar blando y la base de las encías.

#### **5.3.2.4.3 Boca seca: xerostomía.**

La xerostomía es la sensación de sequedad de la boca por deficiencia persistente en el volumen de saliva necesario para mantener la boca húmeda.

Las personas que tienen la boca seca generalmente tienen problemas al comer, hablar, tragar y al utilizar dentaduras postizas, asimismo presentan dolor en la lengua, incremento en la sed (por las noches) y sobre todo problemas de gusto.

Además, las personas con tratamiento de diálisis pueden tener un daño grave en los dientes que puede progresar rápidamente dependiendo de la sequedad de la boca<sup>40</sup>.

#### **5.3.2.4.4 Síndrome de la boca ardiente (estomatodinia esencial, estomatopirosis)**

Aunque su etiología es multifactorial, ha sido relacionada con desequilibrios hormonales y metabólicos incluyendo la diabetes mal controlada. Los factores psicógenos, como la depresión, la ansiedad, la estabilidad y

---

<sup>40</sup>MARAVILLAS. Martínez. Enfermedades Raras. Primera Edición. Sani Red. Madrid España. Mayo 2006.



adaptabilidad emocional, también serían muy importantes en el desencadenamiento de la patología.

Se manifiesta con una sensación extraña que el paciente define como una quemazón comenzando primero por los labios, luego en la lengua, los carrillos y el paladar (también existe sequedad bucal).

Las molestias son de intensidad variable, en algunas ocasiones insoportables, aunque a veces aparece dolor intenso que suele ser permanente con exacerbaciones durante el día.

#### **5.3.2.4.5 Glositis romboidal media.**

Se caracteriza por un área de atrofia de las papilas linguales, de forma elíptica o romboidal, simétricamente situada y centrada con respecto a la línea media en el dorso lingual.

#### **5.3.2.4.6 Agrandamiento de las glándulas salivales.**

Es un agrandamiento asintomático frecuente en la diabetes moderada y severa y en los pacientes pobremente controlados.

Este aumento de tamaño no inflamatorio de las glándulas salivales carece de etiología conocida aunque algunos autores lo atribuyen a una hiperplasia compensatoria al descenso tanto en los niveles de insulina, como del flujo salival.

### 5.3.2.4.7 Liquen plano bucal y reacciones liquenoides.

Una mayor incidencia de lesiones de liquen plano oral se ha descrito en pacientes diabéticos. Grinspan describió el denominado «Síndrome de Grinspan» compuesto por la triada: diabetes, hipertensión y liquen plano oral.

Sin embargo, otros autores afirman que la asociación liquen plano - diabetes es puramente casual y sugieren que esta mayor frecuencia de liquen plano es debido al uso de hipoglucemiantes orales, sobre todo, clorpropamida y tolbutamida, tratándose entonces de reacciones liquenoides y no de lesiones de liquen plano propiamente dichas.

No obstante, sí se observa en pacientes diabéticos una mayor frecuencia de liquen plano, principalmente formas atróficas y erosivas con una mayor tendencia a localizarse en la lengua.

### 5.3.2.5 “TRATAMIENTO DE URGENCIA ODONTOLÓGICA EN CASOS ESPECIALES”<sup>41</sup>

PATOLOGÍA DE BASES O CONDICIÓN	DIAGNÓSTICO	IDENTIFICACIONES Y PRESCRIPCIONES
ENFERMEDADES RENALES	En tratamiento médico.  Los analgésicos son eliminados por vía hepático, por lo que pueden usarse sin problema ajuste de dosis	Interconsulta con especialista  Eliminar los focos de infección  Siempre solicitar hemogramas  Monitorizar la presión arterial  Profilaxis  Antibioterapia

<sup>41</sup> MINSAL, Salud oral integral para Adultos de 60 años, Santiago, 2007, pág. 54-55

<b>DIALIZADOS</b>	<p>Se deben atender posterior a 24 horas de realizada la diálisis, idealmente por la mañana.</p> <p>Los analgésicos son eliminados por vía hepática, por lo que puede usarse sin problemas de ajuste de dosis, las penicilinas se pueden usar sin problemas, pero se debe de alargar los intervalos posológicos.</p> <p>Se elimina por vía renal</p>	<p>Profilaxis</p> <p>Evitar salicilatos y AINES: así como fármacos de excreción renal, los que deben ser ajustados en sus dosis.</p> <p>Uso de ácido tranexámico, colágeno local, control de presión, evitar el estrés,</p> <p>Recordar que durante la diálisis se eliminan los fármacos circulares y se debe reiniciar terapia medicamentosa posterior a la diálisis.</p>
<b>DIABÉTICOS</b>	<p>Compensado ( ASA II)</p>	<p>No requiere cuidados especiales, si usa insulina realizar la atención postprandial idealmente</p>
<b>DIABÉTICOS</b>	<p>Compensado ( ASA III)</p>	<p>Si la condición de base esta descompensada realizar el procedimiento bajo profilaxis y si es posible, compensar previamente por el medico</p>

## CAPITULO VI

### 6. Metodología de la investigación

#### 6.1 Métodos

**Bibliográfica:** porque se obtendrá información de textos, libros, etc.

**De campo:** porque la investigación se realizará directamente en los pacientes atendidos en la Clínica Renal “Manadiálisis” de Portoviejo.

##### 6.1.1 Modalidad básica de la investigación

Esta investigación es de tipo cuantitativa y cualitativa ya que se pretende reconocer cuántos y cuáles son los pacientes con enfermedad renal crónica que presentan infecciones bucales oportunistas.

##### 6.1.2 Nivel o tipo de la investigación

**Exploratoria:** porque mediante la exploración del tema se identificará la problemática.

**Descriptiva:** con el árbol del problema se logra describir con detalles la investigación.

**Analítica:** se obtendrá un análisis íntegro del problema.

**Sintética:** mediante esta investigación se va a establecer conclusiones que se van a basar en las encuestas y la investigación bibliográfica.

**Propositiva:** al final de la investigación se planteará una propuesta de solución al problema.

## **6.2 Técnicas (Ver anexos nº 3,4,5)**

Historia clínica.

Encuestas.

Fichas de Observación.

## **6.3 Instrumentos**

Cuestionario de preguntas.

Observaciones clínicas de los pacientes con enfermedad renal crónica.

Fichas de historias clínicas odontológicas.

## **6.4 Recursos**

### **6.4.1 Materiales**

Materiales de oficina.

Fotocopias.

Libros.

Instrumentos odontológicos.

Guantes.

Mascarillas.

#### **6.4.2 Talento humano**

Investigadora.

Director de tesis.

Pacientes con enfermedad renal crónica de la clínica renal “Manadiálisis”  
Portoviejo.

#### **6.4.3 Recursos tecnológicos**

Computadora

Cámara fotográfica

Impresora

Copiadora

Pen drive

Infocus

#### **6.4.4 Recursos económicos (Ver anexo nº 6)**

Se utilizaron 2184.6 para la elaboración de la tesis.

### **6.5 Población y muestra**

#### **6.5.1 Población**

La población de pacientes de la Clínica Renal “Manadiálisis” Portoviejo está constituida por un total de 300 pacientes, los cuales se realizan su tratamiento en tres sesiones a la semana.

### **6.5.2. Muestra**

Como resultado se obtuvieron 168 pacientes de la Clínica Renal “Manadiálisis” de Portoviejo.

## CAPITULO VII

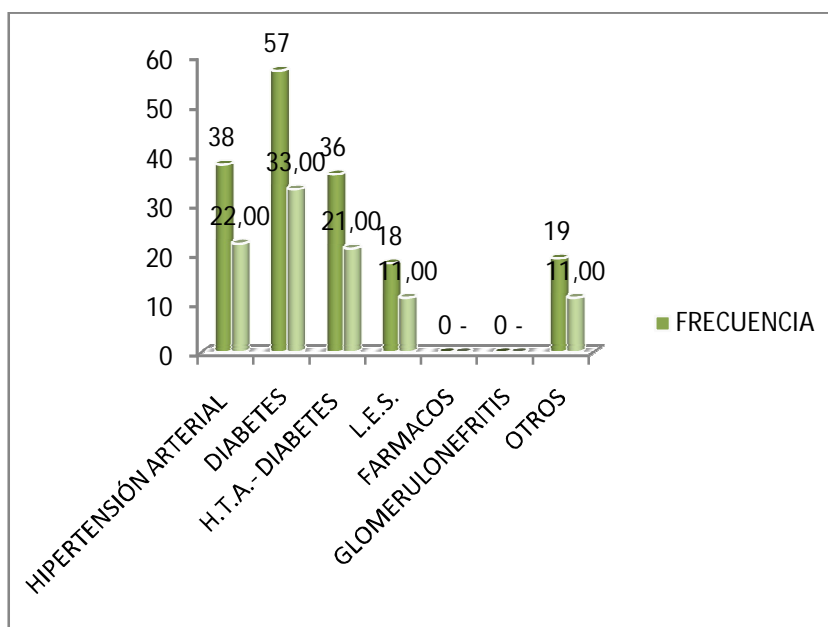
### 7.1 Análisis e interpretación de los resultados.

#### 7.1.1 Análisis e interpretación de los resultados de las encuestas.

##### GRAFICUADRO N° 1

1. Pregunta: ¿cuál fue la causa que originó su enfermedad renal crónica?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	38	22 %
DIABETES	57	33 %
H.T.A.- DIABETES	36	21 %
L.E.S.	18	11 %
FARMACOS	0	0%
GLOMERULONEFRITIS	0	0%
OTROS	19	11 %
TOTAL	168	100%



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA RENAL MANADIÁLISIS DE PORTOVIEJO

ELABORADO: GEMA CAICEDO MOLINA



## **Análisis e interpretación del graficuo nº 1**

De los resultados obtenidos encontramos que 57 pacientes (33 %) presentan diabetes siendo ésta la principal causa de enfermedad renal crónica, mientras que 38 pacientes (22 %) presentan hipertensión arterial, siendo esta la segunda causa de E.R.C., con una incidencia de 18 pacientes (11 %) existe la presencia del lupus, y en 19 pacientes (11 %) presentan otras patologías

**Según en el libro complicaciones crónicas en la diabetes mellitus,**

**Castro M. María, dice:**

**“Enfermedades que causan enfermedad renal crónica.**

- Diabetes**
- Hipertensión arterial**
- Lupus Eritematoso Sistémico (LES)**
- Nefropatías por nefrotóxicos: analgésicos, aines, antineoplásicos, ciclosporinas.**

**Cuando la hiperglicemia se mantiene en forma persistente en el tiempo se producen alteraciones estructurales que determinan el paso a una etapa irreversible causando el daño renal”. (pág. 11)**

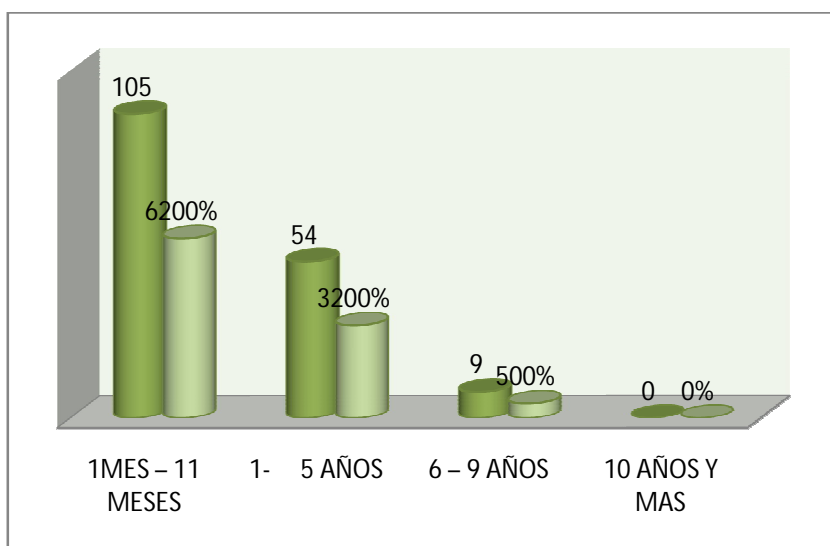
Estos resultados demuestran que en la Clínica Renal Manadiálisis de Portoviejo la causa más común y originaria de la insuficiencia renal crónica es la diabetes, es así como se confirman en las investigaciones realizadas.

## GRAFICUADRO N° 2

### 2. Pregunta: ¿hace qué tiempo usted recibe diálisis?

Distribución de pacientes por tiempo de tratamiento en la clínica renal Manadiálisis de Portoviejo periodo 2011.

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1MES – 11 MESES	105	63 %
1- 5 AÑOS	54	32 %
6 – 9 AÑOS	9	5 %
10 AÑOS Y MAS	0	0
TOTAL	168	100%



**FUENTE:** ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA RENAL MANADIÁLISIS DE PORTOVIEJO

**ELABORADO:** GEMA CAICEDO MOLINA

## **Análisis e interpretación del graficuario nº 2**

Actualmente en la Clínica Renal “Manadiálisis” de Portoviejo el 62 % de los pacientes que reciben tratamiento de diálisis tienen de 1 mes a 11 meses de ingreso, y el 32 % de 1- 5 años, y el 5 % de 6.-10

**Según Amgen Inc. en el libro Hemodiálisis: lo que necesita saber en Calidad de los resultados de la Insuficiencia Renal dice:**

**“En algunos casos de insuficiencia renal repentina o aguda, es posible que sólo se necesite diálisis por un breve periodo de tiempo, hasta que los riñones mejoren. Sin embargo, si la enfermedad renal se hace crónica los riñones no mejorarán y necesitará realizar diálisis por el resto de vida al menos que sea posible un trasplante de riñón“. (pág. 38).**

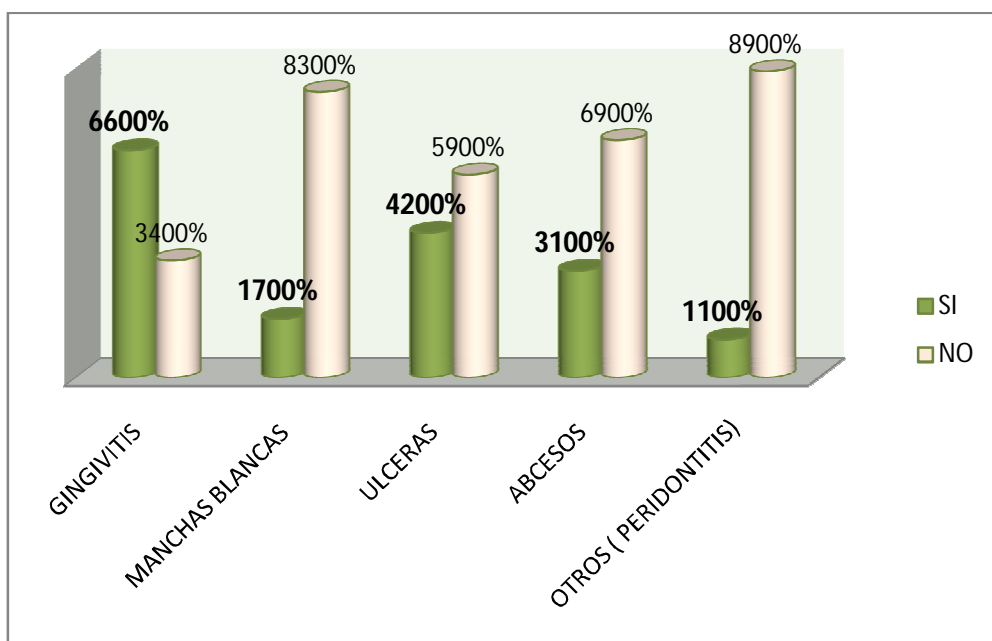
En esta investigación se puede observar que los pacientes con enfermedad renal crónica al ser sometidos a un tratamiento de diálisis conllevan a sobrevivir en una incidencia menor de 5 años, debido a los tratamientos que reciben estos se desmoralizan y en muchas ocasiones no continúan las sesiones por lo que se pueden ocasionar hasta la muerte.

### GRAFICUADRO N° 3

3. pregunta: ¿ha tenido alguna vez alguna enfermedad bucal?

Distribución por enfermedades bucales de pacientes de tratamiento en la clínica renal Manadiálisis de Portoviejo periodo 2011

OPCIONES	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	SI	%	NO	%
GINGIVITIS	111	66%	57	34%
MANCHAS BLANCAS	29	17 %	139	83 %
ÚLCERAS	70	42 %	98	59%
ABCESOS	52	31 %	116	69 %
OTROS ( PERIDONTITIS)	18	11 %	150	89 %



**FUENTE:** ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA RENAL MANADIÁLISIS DE PORTOVIEJO

**ELABORADO:** GEMA CAICEDO MOLINA

### **Análisis e interpretación del graficoadro nº 3**

Los pacientes atendidos en “Manadiálisis” Portoviejo, presentan problemas bucales en mayor porcentaje por gingivitis con un 66% y de úlceras bucales en un 42 %, .y en menor porcentaje con un 31 % se encuentran los abcesos, con 17 % las manchas blancas y en un 11 % la periodontitis.

**Según Trinchitella Betina en su libro importancia de la salud oral y su conexión con la salud en general dice:**

**“Factores sistémicos pueden modificar todas las formas de gingivitis principalmente a través de sus efectos sobre la inmunidad y la respuesta inflamatoria. Las bacterias son necesarias pero no suficientes para originar la enfermedad periodontal, se requiere un huésped susceptible, un período de tiempo determinado y un medio ambiente predisponente”.(pág. 41)**

**Según Calizaya Caylac en su libro Enfermedades bucodentales y anomalías de los tejidos blandos dice:**

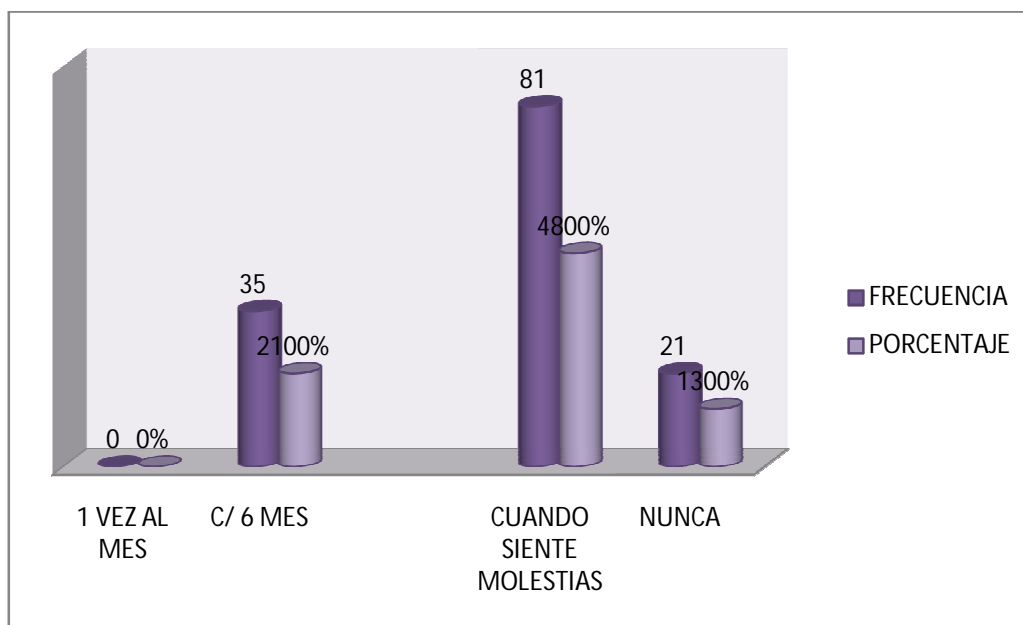
**“Entre las lesiones de los tejidos blandos de la boca en pacientes con inmunosupresión se encuentran las infecciones por hongos (Candidiasis), las úlceras, la estomatitis y los cambios en la lengua (como fisuras linguales, lengua saburral, alteraciones del sentido del gusto, lengua ardiente, depapillación lingual, sensación de ardor”).(pág. 49)**

Mediante esta investigación se puede constatar que en pacientes con presencia de enfermedades sistémicas las infecciones bucales son más consecuentes en presentarse con un alto índice, debido a su estado de inmunosupresión.

## GRAFICUADRO N° 4

### 4. Pregunta: ¿cada qué tiempo visita al odontólogo?

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 VEZ AL MES	0	0 %
C/ 6 MES	35	21 %
CUANDO SIENTE MOLESTIAS	81	48 %
NUNCA	21	13 %
TOTAL	168	100%



**FUENTE:** GUIA DE ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA RENAL MANADIÁLISIS DE PORTOVIEJO.

**ELABORADO:** GEMA CAICEDO MOLINA

## **Análisis e interpretación del graficoadro nº 4**

Los pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en la Clínica Renal “Manadiálisis” de Portoviejo manifestaron en un 48 % (81 pacientes) que visitan al odontólogo sólo cuando sienten alguna molestia, con un 21 % (35 pacientes) visitan al odontólogo cada 6 meses, y con el 13 % (21 pacientes) manifestaron que nunca visitan al odontólogo.

**Según [www.scribd.com/doc/2407364/Manual-para-pacientes-en-](http://www.scribd.com/doc/2407364/Manual-para-pacientes-en-Dialisismanifiesta)**

**Dialisismanifiesta:**

**“Se recomienda:**

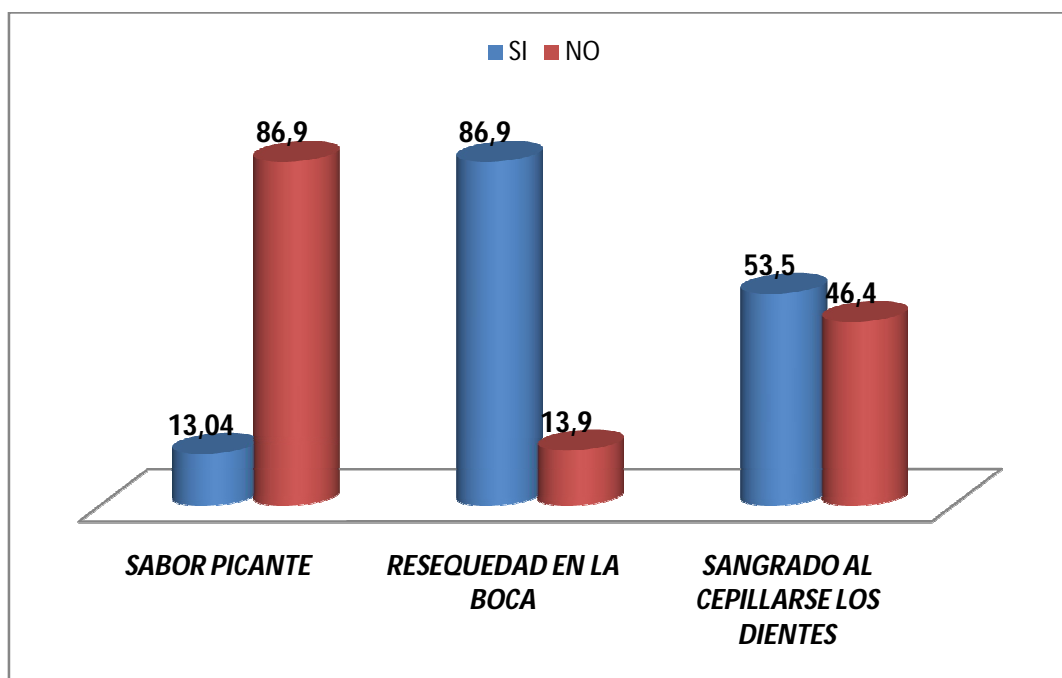
- **Visita frecuente al odontólogo.**
- **Uso de fluoruros**
- **Manejo de placa bacteriana**
- **Técnicas de cepillado**
- **Limpieza interproximal**
- **Cepillos interdentarios**
- **Dieta**
- **Suprimir Malos hábitos**
- **Prevención del cáncer bucal**
- **Mantención de higiene bucal del edentado total y de las prótesis dentales”.**(pág.39)

Los pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en la clínica Renal Manadiálisis de Portoviejo presentan una deficiencia de cultura preventiva en odontología ya que la mayoría solo visitan al odontólogo en presencia de alguna molestia bucodental, y no se realizan un chequeo semestral como se recomienda.

## GRAFICUADRO N° 5

### 5. Pregunta ¿presenta ud. alguno de estos signos o síntomas?

OPCION	SI		NO	
	F	%	F	%
SABOR PICANTE	22	13.04	146	86.9
RESEQUEDAD EN LA BOCA	165	86.9	3	13.9
SANGRADO AL CEPILLARSE LOS DIENTES	90	53.5	78	46.4



**FUENTE:** ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA RENAL MANADIÁLISIS DE PORTOVIEJO

**ELABORADO:** GEMA CAICEDO MOLINA



## **Análisis e interpretación del graficuario nº 5**

Los pacientes atendidos en la Clínica Renal “Manadiálisis” Portoviejo, en un 86,9% (165 pacientes) presentan resequeidad de la boca, mientras que el 13,9 % (3 pacientes) no presentan este efecto bucal adverso.

**Según Martínez Maravillas en su libro Enfermedades Raras dice:**

**“La xerostomía es la sensación de sequedad de la boca por deficiencia persistente en el volumen de saliva necesario para mantener la boca húmeda.**

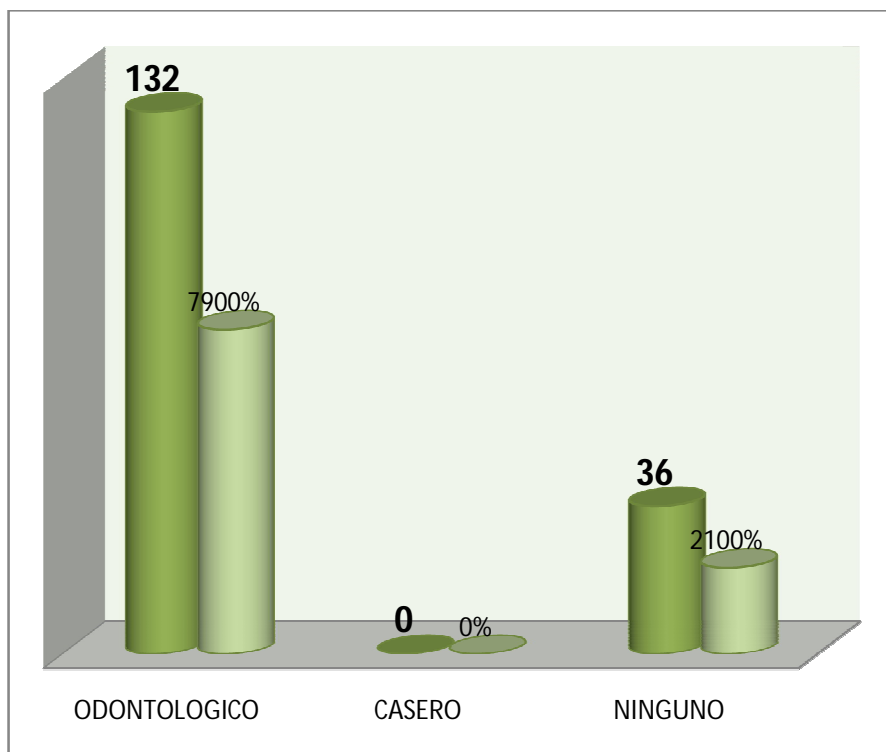
**Las personas con tratamiento de diálisis pueden tener un daño grave en los dientes que puede progresar rápidamente dependiendo de la sequedad de la boca”.(pág. 51)**

En los pacientes atendidos en la Clínica Renal Manadiálisis de Portoviejo se encuentra en un alto porcentaje de resequeidad de la boca o conocida también como xerostomía, esto a consecuencia de los tratamientos que reciben diariamente por las sesiones de diálisis.

## GRAFICUADRO N° 6

6. Pregunta: ¿usted ha recibido tratamiento para su problema bucal?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ODONTOLÓGICO	132	79 %
CASERO	0	0
NINGUNO	36	21 %
TOTAL	168	100%



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA RENAL MANADIÁLISIS DE PORTOVIEJO

ELABORADO: GEMA CAICEDO MOLINA

## **Análisis e interpretación del graficuaadro nº 6**

Los pacientes atendidos en la Clínica Renal “Manadiálisis” Portoviejo con un 79 % (132 pacientes) dijeron que cuando presentaron molestias bucodentales si recibieron atención y tratamiento odontológico, mientras que con un 21 % (36 pacientes) dijeron que no han recibido ningún tratamiento.

**Según [www.scribd.com/doc/2407364/Manual-para-pacientes-en-Dialisis](http://www.scribd.com/doc/2407364/Manual-para-pacientes-en-Dialisis)**

***manifiesta:***

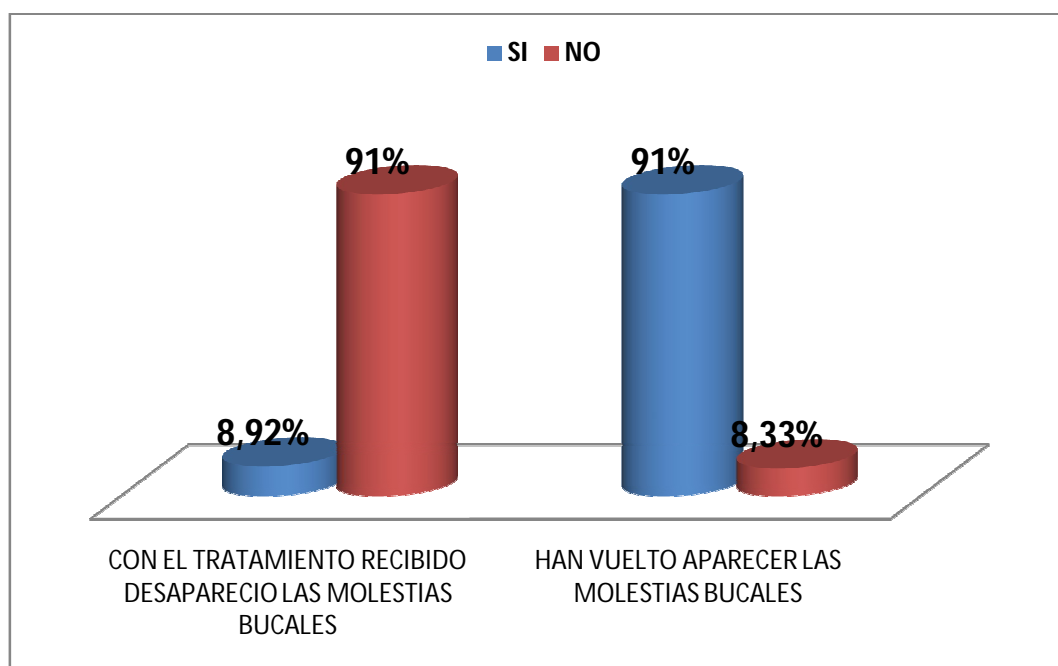
**“Los pacientes que reciben diálisis requieren cuidados especiales de su cavidad bucodental. Es necesario identificar los factores que incrementan los riesgos de problemas bucales, desarrollo de planes de cuidados y descripción y desarrollo de prácticas de higiene bucal para prevenir patologías bucales”. (pág. 39)**

Esto quiere decir que estos pacientes deben estar en constante atención con el odontólogo para así mejorar el estado de salud bucal y por ende ayudar en un mejor estilo de vida.

## GRAFICUADRO N° 7

**7. Pregunta: al cumplir con el tratamiento respectivo de las infecciones bucales presentadas éstas:**

EFECTIVIDAD	SI		NO	
	F	%	F	%
DESAPARECIERON CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO	15	8.92	153	91
HAN VUELTO APARECER LAS MOLESTIAS BUCALES	154	91	14	8.33



**FUENTE:** ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA RENAL MANADIÁLISIS DE PORTOVIEJO

**ELABORADO:** GEMA CAICEDO MOLINA

## **Análisis e interpretación del graficuario nº 7**

Con un 91% los pacientes atendidos en la Clínica Renal “Manadiálisis” Portoviejo, manifestaron que aunque han recibido tratamiento para las infecciones bucales éstas no han desaparecido por completo, pues siempre vuelven a presentarse.

**Según Bottino Marco Antonio en su libro Terapéutica Dental**

**recomienda:**

**“Prevención y medidas**

- Higiene oral después de cada comida para quitar restos de alimentos.**
- Cepillar los dientes frecuentemente.**

**Tratamiento medicamentoso**

**– amoxicilina vía oral cada 8 horas durante 5 días**

- Niños de 10 – 20 kg: 125 mg**
- Niños de más de 20 kg y adultos: 250 mg**

**– pastillas/caramelos de nistatina, para chupar cada 6 horas durante 10 días**

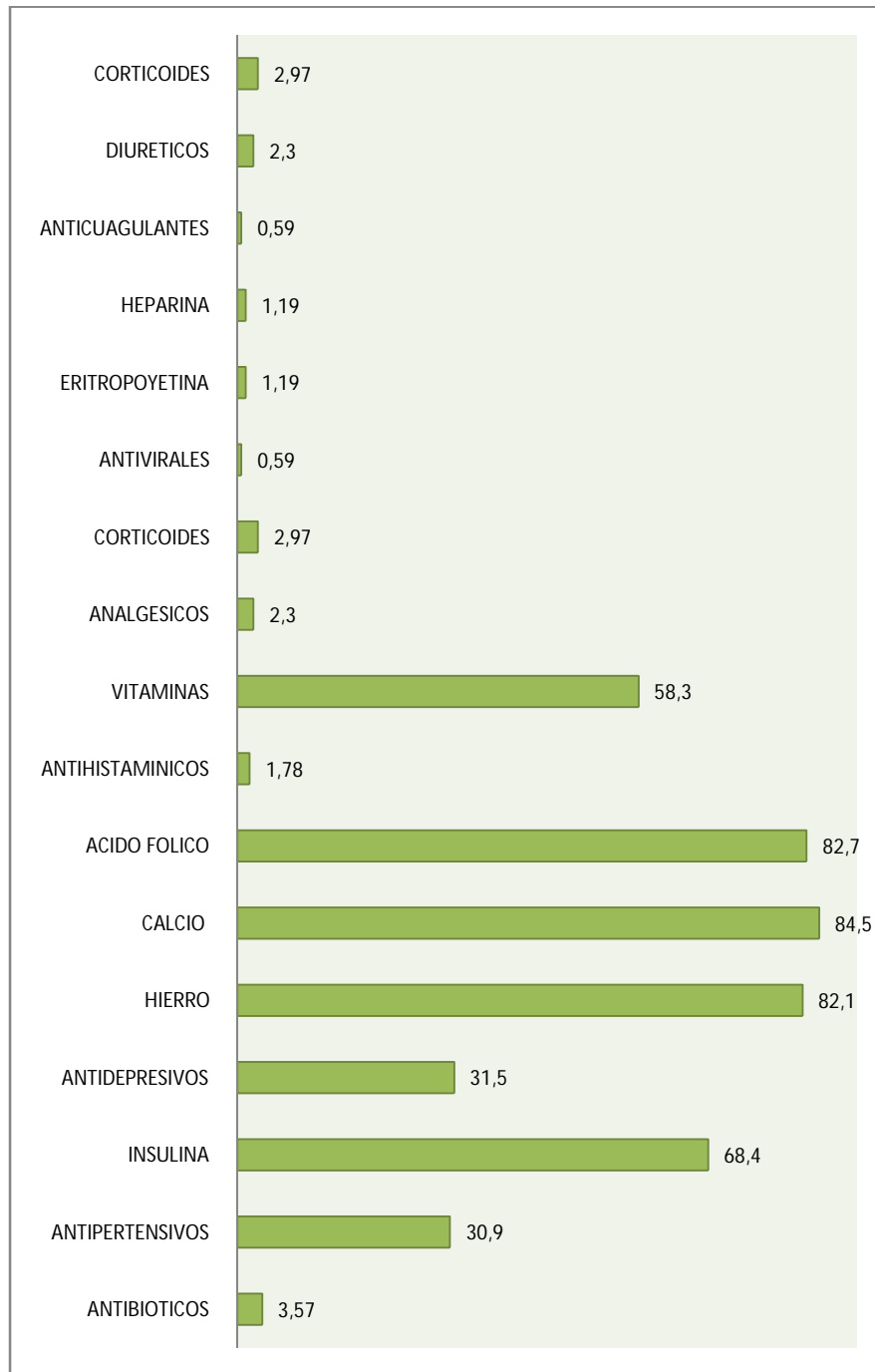
- Adultos: 100 000 IU”(pág. 43).**

Mientras se prosiga a realizar el tratamiento como el médico u odontólogo lo indique las infecciones bucales son tratadas con éxitos, en esta investigación queda demostrado que los pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en la Clínica Renal Manadiálisis de Portoviejo no cumplen con el tratamiento requerido.

## GRAFICUADRO Nº 8

8. Pregunta: ¿qué tipo de medicamentos utiliza diariamente en su tratamiento?

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANTIBIÓTICOS	6	3.57
ANTIHIPERTENSIVOS	52	30.9
INSULINA	115	68.4
ANTIDEPRESIVOS	53	31.5
HIERRO	138	82.1
CALCIO	142	84.5
ÁCIDO FÓLICO	139	82.7
ANTIISTAMÍNICOS	3	1.78
VITAMINAS	98	58.3
ANALGÉSICOS	4	2.3
ANSIOLÍTICOS	5	2.97
ANTIVIRALES	1	0.59
ERITROPOYETINA	2	1.19
HEPARINA	2	1.19
ANTICOAGULANTES	1	0.59
DIURÉTICOS	4	2.3
CORTICOIDES	5	2.97



**FUENTE:** ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA RENAL MANADIÁLISIS DE PORTOVIEJO

**ELABORADO:** GEMA CAICEDO MOLINA

## **Análisis e interpretación del graficuoadro nº 8**

Los pacientes en tratamiento de diálisis en la Clínica Renal “Manadiálisis” Portoviejo, cumplen con una medicación estricta para controlar su estado general de salud: 82,7 % de ácido fólico, 84.5 % calcio, 82,1 % hierro, 68,4 % insulina y 30,9 % de antihipertensivos.

**Según [www.scribd.com/doc/2407364/Manual-para-pacientes-en-Dialisis](http://www.scribd.com/doc/2407364/Manual-para-pacientes-en-Dialisis)**

***manifiesta:***

**“Debe realizarse prevención, detección, evaluación y tratamiento de las complicaciones de diálisis como la anemia, por lo que se recomienda:**

- **Balance del hierro**
- **Nutrición**
- **Metabolismo fosfocálcico**
- **Aporte proteico**
- **Acidosis”(pág. 38)**

En los pacientes con enfermedad renal crónica se debe llevar un estricto control de estado de salud general por lo que comúnmente siempre presentan anemia, y en el momento de el odontólogo realizar algún tratamiento debe de constatar que tipo de medicamentos utiliza para evitar efectos indeseados como hemorragias.

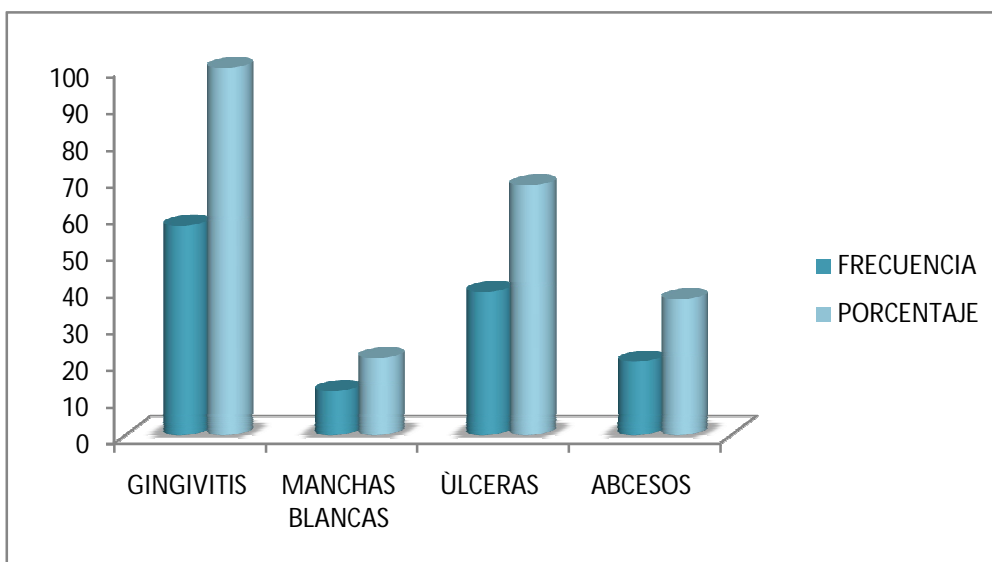


**7.1.2 Análisis e interpretación de los resultados de las fichas de observación realizadas a los pacientes con enfermedad renal crónica de la clínica renal “Manadiálisis” Portoviejo.**

**GRAFICUADRO N° 9**

**Distribución de las infecciones bucales en pacientes con diabetes atendidos en la clínica renal “Manadiálisis” de Portoviejo periodo 2011**

INFECCION BUCAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GINGIVITIS	57	100 %
MANCHAS BLANCAS	12	21 %
ÚLCERAS	39	68 %
ABCESOS	20	37 %



**FUENTE:** FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA RENAL MANADIÁLISIS DE PORTOVIEJO

**ELABORADO:** GEMA CAICEDO MOLINA

### **Análisis e interpretación del graficuario nº 9**

De los 57 pacientes con diabetes atendidos en la Clínica Renal “Manadiálisis” Portoviejo en un 100 % (57 pacientes) tienen gingivitis y del 68 % (39 pacientes) presentaron úlceras bucales (herpes labial), con un 37 % (20 pacientes) presentaron abscesos y con un 21 % (12 pacientes) presentaron manchas blancas.

**Según Castro M. María. Hernández Jiménez en su libro complicaciones de la diabetes mellitus dice:**

**“Para las personas con diabetes, la enfermedad de las encías es tratada removiendo la placa con el fin de eliminar la infección y reducir la inflamación, además de mantener los niveles de glucosa en los rangos objetivos”.(pág. 41)**

**Según Marsh Martin en su libro Microbiología Oral dice:**

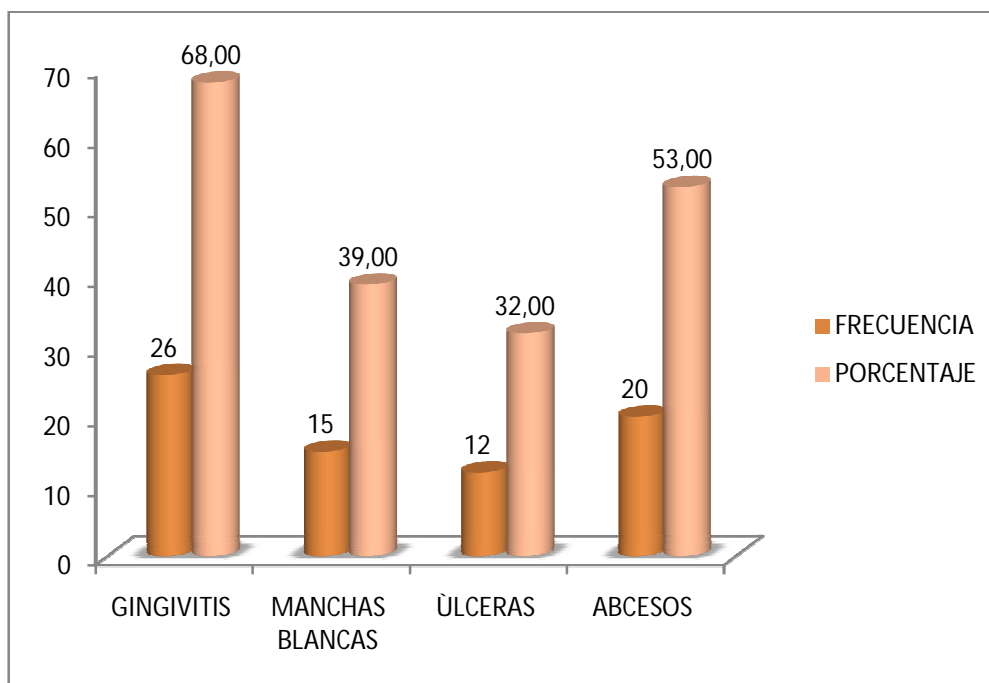
**“El herpes es una infección que posee vesículas virales, que surgen en el borde de los labios y que forman costras cuando se rompen. Se trata de una lesión que provoca dolor y comezón. Aunque es una infección que entra al cuerpo a través de la piel, por estados de inmunosupresión existe evidencia de que podría ingresar también por las membranas mucosas” (pág. 47)**

En pacientes con enfermedad renal crónica que además presentan diabetes es más común que presenten las úlceras bucales a consecuencia de las manifestaciones clínicas del herpes labial, debido al déficit inmunitario.

## GRAFICUADRO Nº 10

**Distribución de las infecciones bucales en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la clínica renal “Manadiálisis” de Portoviejo periodo 2011.**

INFECCION BUCAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GINGIVITIS	26	68 %
MANCHAS BLANCAS	15	39 %
ÚLCERAS	12	32 %
ABCESOS	20	53 %



**FUENTE:** FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA RENAL MANADIÁLISIS DE PORTOVIJEJO

**ELABORADO:** GEMA CAICEDO MOLINA

### **Análisis e interpretación del graficuario nº 10**

En los 38 pacientes con hipertensión arterial atendidos en la Clínica Renal “Manadiálisis” Portoviejo se encuentra con un porcentaje de 68 % (26 pacientes) la gingivitis, con un 53 % (20 pacientes) de abscesos, con un 32% (12 pacientes) con manchas blancas, y con un mínimo de 32 % (12 pacientes) con presencia de úlceras bucales.

**Según Marco Bottino en su libro terapéutica dental dice:**

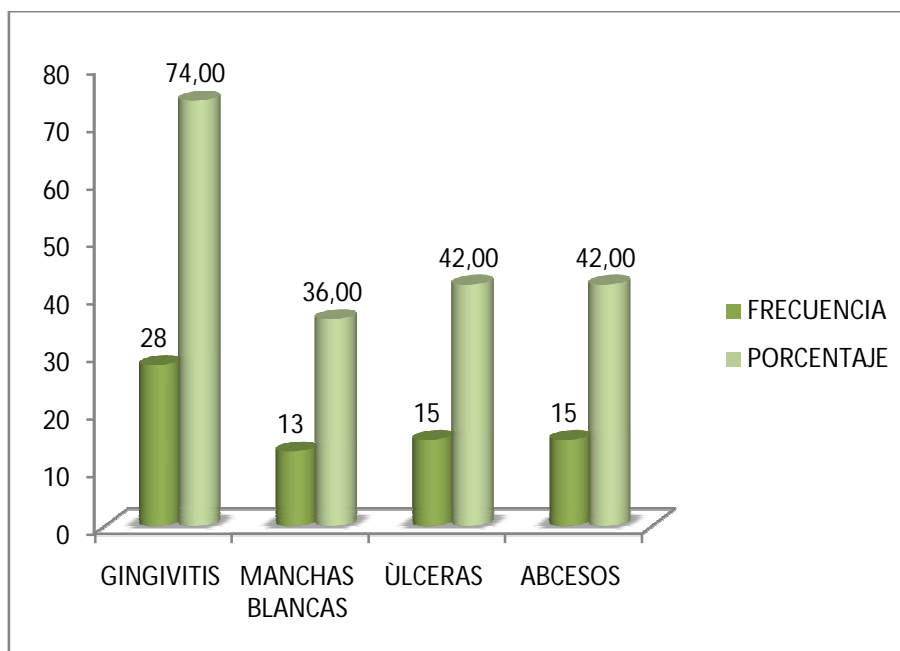
**“El Abscesos es una supuración aguda o crónica relacionada con el diente causado por una infección bacteriana”.(pág. 42)**

En pacientes que presentan hipertensión arterial, la cual ha sido la causa de la enfermedad renal crónica presentan una alta incidencia de infecciones bacterianas como son la gingivitis y los abscesos.

### GRAFICUADRO Nº 11

**Distribución de las infecciones bucales en pacientes con hipertensión arterial y diabetes atendidos en la clínica renal “Manadiálisis” de Portoviejo periodo 2011**

INFECCION BUCAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GINGIVITIS	28	74 %
MANCHAS BLANCAS	13	36 %
ÚLCERAS	15	42 %
ABCESOS	15	42 %



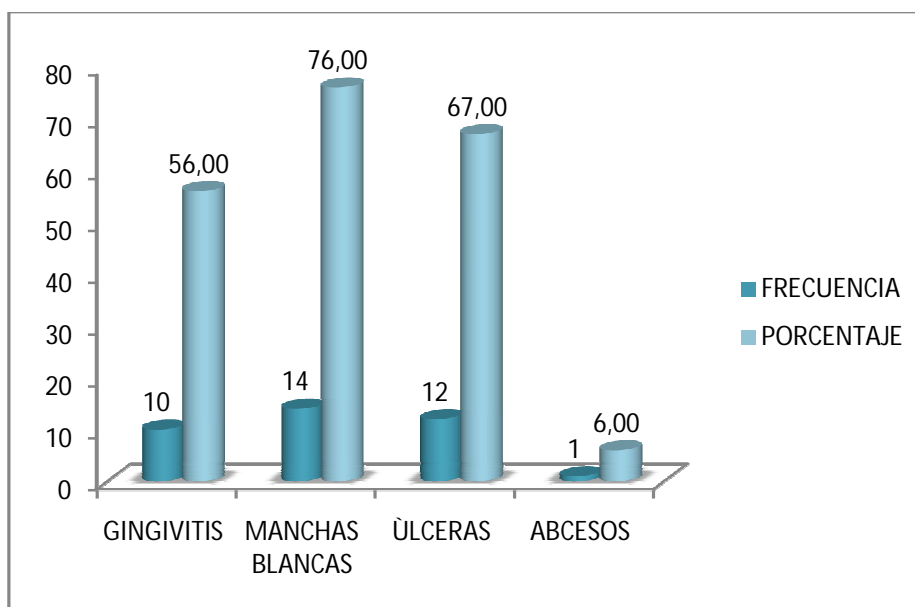
**FUENTE:** FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA RENAL MANADIÁLISIS DE PORTOVIEJO

**ELABORADO:** GEMA CAICEDO MOLINA

## GRAFICUADRO Nº 12

Distribución de las infecciones bucales en pacientes con lupus eritematoso sistémico (l.e.s) atendidos en la clínica renal “Manadiálisis” de Portoviejo periodo 2011

INFECCION BUCAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GINGIVITIS	10	56 %
MANCHAS BLANCAS	14	76 %
ÚLCERAS	12	67 %
ABCESOS	1	6 %



**FUENTE:** FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA RENAL MANADIÁLISIS

**ELABORADO:** GEMA CAICEDO MOLINA

## **Análisis e interpretación del graficoadro nº12**

De los 18 pacientes con lupus eritematoso sistémico atendidos en la Clínica Renal “Manadiálisis” Portoviejo se encuentra con un porcentaje de 76% (14 pacientes) de manchas blancas (leucoplasias), y un 67 % (12 pacientes) presenta úlceras, con un 56 % (10 pacientes) presentaron gingivitis, y con un 6 % (1 paciente) presentaron absceso.

**Según Herman Villena en su libro terapia pulpar:**

**“Las leucoplasias pueden observarse también en personas tratadas con corticosteroides”(pág. 44)**

**Según Peeters Federick en su libro Lupus Erythematosus sugiere:**

**“Drogas**

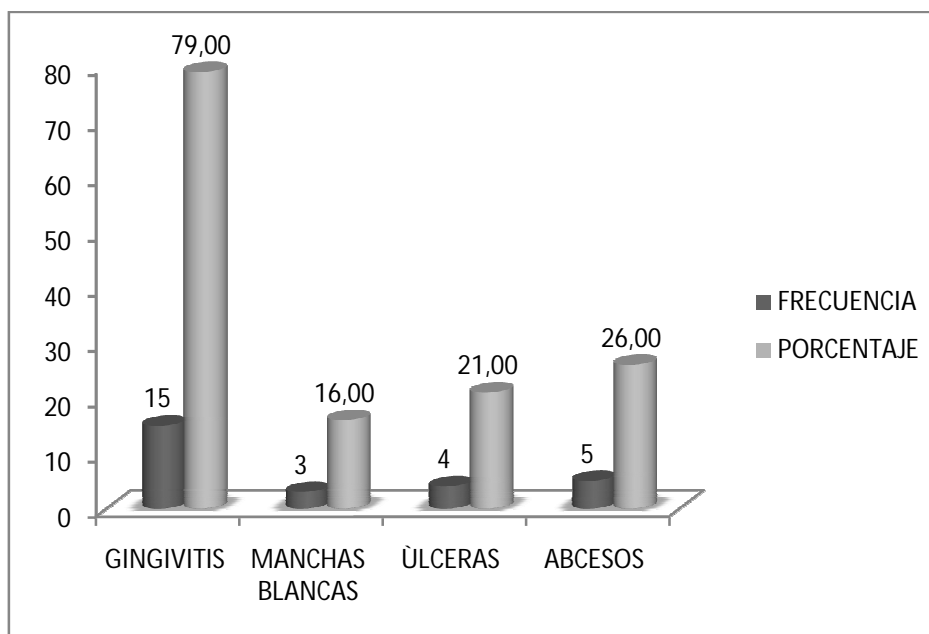
- **Antiinflamatorios no esteroides**
- **Antimaláricos: Cloroquina- Hidroxicloroquina (pueden producir retinopatías irreversibles)**
- **Corticoides: (prolongan la sobrevida) Cuadro leve: <15 mg/d Prednisona-**
- **Cuadro severo: >1mg/Kg/d**
- **Citostáticos: Ciclofosfamida- Azatioprina”(pág. 29)**

En los pacientes con lupus eritematoso sistémico al recibir tratamientos estrictos en donde incluyen a los corticoides, es común que presenten manchas blancas a nivel bucal como consecuencia de las características clínicas de las leucoplasias bucales.

### GRAFICUADRO Nº 13

**Distribución de las infecciones bucales en pacientes con otras patologías sistémicas atendidos en la clínica renal “Manadiálisis” de Portoviejo periodo 2011**

INFECCION BUCAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GINGIVITIS	15	79 %
MANCHAS BLANCAS	3	16 %
ÚLCERAS	4	21%
ABCESOS	5	26 %



**FUENTE:** FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA RENAL MANADIÁLISIS DE PORTOVIEJO

**ELABORADO:** GEMA CAICEDO MOLINA



### **Análisis e interpretación del graficoadro nº13**

De los 19 pacientes con otras patologías sistémicas el 79 % (15 pacientes) presentaron gingivitis, con un 26 % (5 pacientes) presentaron abscesos, con un 21 % (4 pacientes) presentaron úlceras bucales y con un 16 % (2 pacientes) presentaron manchas blancas

**Según Ana González Garza en su libro Control de infecciones y seguridad en odontología dice:**

**“En nuestros cuerpos tenemos gérmenes (bacterias, hongos y virus). Cuando el sistema inmune funciona bien, los puede controlar. Pero cuando el sistema inmune está debilitado debido a la presencia de una patología sistémica o por el uso de medicamentos, estos gérmenes pueden causar problemas de salud. Las infecciones que se aprovechan de un sistema inmune debilitado se llaman oportunistas.”(pág. 40)**

Estos resultados demuestran que existen infecciones bucales oportunistas en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de diálisis en la Clínica Renal “Manadiálisis” Portoviejo, lo que nos indica que se debe manejar una mejor atención odontológica en estos pacientes.

## 7.2 Conclusiones

- De los datos analizados encontramos que los pacientes con enfermedades renales crónicas en un 100% presentaron enfermedades orales influenciadas por su inmunodeficiencia la misma que se agrava por múltiples factores como son: la edad, sexo, condición socioeconómica, acceso a la salud, y la cultura de la población. Encontrando que una alta incidencia de los pacientes tienen menos de un año en tratamiento y solo un mínimo tienen de 6 a 9 años lo que nos indica que el tiempo de supervivencia de los pacientes es de menos de 5 años, dependiendo de la edad y la condición socioeconómica del paciente. La mayoría de los pacientes con insuficiencia renal han presentado problemas bucales como la gingivitis, úlceras, manchas blancas y son pocos los pacientes que acuden a control odontológico, lo cual favorece la proliferación de bacterias u hongos.
- De los 168 pacientes investigados en la Clínica Renal “Manadiálisis” de Portoviejo encontramos que 57 pacientes presentan la diabetes demostrándose que es la causa más común de la insuficiencia renal crónica y a la vez se pudo encontrar que los problemas bucales más frecuentes en este tipo de pacientes es la gingivitis en un 100% y las úlceras bucales en un 68 %. Lo que nos indica que las personas con diabetes tienen una gran prevalencia de contraer alteraciones en las encías y tendencia a contraer enfermedades virales como son las

úlceras debido a los niveles altos de glucosa, lo que provoca en los pacientes inmunosupresión que afectan las membranas de la mucosa.

- De la muestra seleccionada encontramos que 18 pacientes tienen lupus los mismos que tienen gran prevalencia de manchas blancas y úlceras bucales , confirmándose que estas personas tienen una alta tendencia a padecer de este tipo de leucoplasia homogénea, la más frecuente, con poco riesgo de transformación maligna, tiene como origen múltiples factores entre estos las enfermedades infecciosas (infecciones por Cándida, sífilis, infecciones por el virus del papiloma humano (HPV), enfermedades inmunodepresoras y/o procedimientos invasivos como la diálisis.
- En los pacientes con hipertensión arterial se ha presentado problemas bucales siendo la gingivitis una de la patología oral más frecuente en este tipo de pacientes, acompañada de la presencia de abscesos. Por lo cual se determina que muchas de estas afecciones y sus tratamientos pueden minar la autoimagen y la autoestima, dificultar la interacción social normal, y conducir a la depresión y estrés crónicos, así como causar grandes costos económicos. También pueden interferir con funciones vitales tales como comer, tragar y hablar, y con actividades de la vida diaria tales como el trabajo, y la interacción familiar.

- Todos los pacientes con enfermedades renales y que son sometidos a diálisis reciben un tratamiento basado en su patología de origen ya sea en diabetes reciben insulina, hierro, calcio, y en hipertensos reciben antihipertensivos, estos medicamentos son muy necesarios para tratar la anemia causada por la diálisis donde se utilizan algunas sustancias que afectan el equilibrio normal de la sangre. Por lo que es necesario considerar que durante los procesos de diálisis de los pacientes se debe de considerar:

Buena condición general y nutricional.

Presión sanguínea normal.

Ausencia de síntomas de anemia y restablecimiento de condiciones físicas.

Equilibrio ácido base e hidroelectrolítico.

Control del metabolismo calcio-fósforo y carencia de osteodistrofia.

Ausencia de cualquier complicación relacionada con la uremia.

- Por lo que se considera ejecutar una propuesta de capacitación para los pacientes con diálisis de la Clínica Renal Manadiálisis de Portoviejo teniendo como objetivo principal el cambio de actitudes hacia el cuidado de la salud en general y salud bucal como medio de prevención para evitar complicaciones posteriores. La misma que tuvo la aceptación de los pacientes y la gerente de la institución.

## BIBLIOGRAFIA

**AMGEN INC.** Hemodiálisis: lo que necesita saber. Calidad de los resultados de la Insuficiencia Renal. National Kidney Foundation. Pág. 10. New York. 2006.

**ARTHUR C, CGTON.JHON E MAL,** tratado de medicina vascular- Hipertensión Arterial, editorial Limusa' España, 2009, pág. 456.

**BOTTINO MARCO ANTONIO,** Terapéutica Dental – Nuevas tendencias, editorial Libro de artes Medicas, 2008 España Pág., 47.

**BRENNER. RARRY M,** El Riñón- Tratado de Nefrología, Tomo 2 edición 7ma, editorial Interamericana 2006, pág. 90, 91,92.

**CÁLARI, NÉSTOR. ECHENIQUE JULIO,** Universidad de Mendoza. Facultad de Ciencias de la Salud Med, Tema 4.5.

**CALIZAYA, CAYLAC CINTIA RENE,** Enf. Bucodentales y anomalías de los tejidos blandos, edit. Facisa Barcel, 2007 pág., 450.

**CASTRO M. MARIA G, AGUILAR S CARLOS, LECEFA G MARIA G, HERNANDEZ J SERGIO,** Complicaciones Crónicas en la diabetes mellitus, editorial lexus, 2009, Madrid España, pág. 24.

**COTRAN, KUMAR Y COLLINS. ROBBINS.** Insuficiencia Renal Crónica, 6ª ed., México, McGraw-Hill Interamericana, 2007: 519

**DIAZ DE LEON MANUEL,** Hipertensión, Editorial LIMUSA, 2008, pág. 235.

**GONZALEZ GARZA, ANA.** Control de infecciones y seguridad en odontología. Transmisión de enfermedades. Primera edición. España. Editor Manual Moderno. Noviembre 2007. Págs. 138.

Guías de 2007 para el manejo de la hipertensión arterial. Pág. 50.

**GUIGNARD, JEAN-PIERRE OH WILLIAMBAUMGART STEPHEN,** Nefrología y Fisiología Hidroelectrolítica, Edición. 2010, editorial, Journal, Pág. 110.

La salud en las Américas. Publicación científica N° 587. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2006 VII. Pág. 211-212.

**MANUAL DE MERCK,** Tratado Medico, décima edición, 2010, pág. 821.

**MARAVILLAS. MARTÍNEZ.** Enfermedades Raras. Primera Edición. Sani Red. Madrid España. Mayo 2006.

**MARSH, P. - MARTIN, M,** microbiología oral Edición 5ª, Editorial OMALCA, Año Edición 2011 Pág. 192, 193.

**MINSAL,** Salud oral integral para Adultos de 60 años, Santiago, 2007, pág. 12.

**NANCI ANTONIO,** Oral Histology development, structure, and function, edit. Mosby, edición, Sexta, pág. 263

**PEETERS FREDERIK,** Lupus, editorial Astiberri, España 2010, pág, 293-294.

**RAMIREZ G ELENA, LLANOS J LUCIA**, Toxicidad de Fármacos, Capitulo 32, pág. 483.2007.

**RUIZ, MAXIMO**, Diabetes Mellitus 4ªEd edición, Año 2011, Editorial Akadia, Pág. 14-15.

**TRINCHITELLA. BETTINA**. Importancia de la salud oral y su conexión con la salud general. Biomedicina. Buenos Aires. 2006.

**VILLENA M HERNAN**, Terapia Pulpar, Editorial. Bufago, 2008, pág. 128.

**WEINBERGER, MYRON Y MILLER**, Conceptos actualizados en el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión. Pág. 32-38.

**WILLIAN J, AAORGINSON, MD**, Lupus erythematosus, 5ta edición, editorial Willians& Wilkinna, ABRIL 2007, pág, 1.

MARÍA ISABEL HERRERA. YOLANDA IBACACHE C. MARCELA VEGA.  
[www.scribd.com/doc/2407364/Manual-para-pacientes-en-Dialisis](http://www.scribd.com/doc/2407364/Manual-para-pacientes-en-Dialisis). 2010.

Tu otro médico.com [www.toutromedio.com](http://www.toutromedio.com). Actualizado 2011.

## **PROPUESTA ALTERNATIVA**

### **Identificación del proyecto**

Concienciar sobre cuidados de salud oral en enfermos renales a los usuarios de la clínica renal "Manadiálisis" de la ciudad de Portoviejo.

### **Introducción**

La salud oral es parte integral de la salud general por lo que en el transcurso de este propósito se ofrecerá importantes aportes respecto a la salud oral y sus cuidados ya que a más de dientes saludables, debemos cuidar nuestra salud general también. Conocer el perfil epidemiológico de una población determinada, resulta de gran importancia por varias razones: permite apreciar la magnitud del problema, ayuda a que la población tome conciencia de su situación respecto a la salud y la enfermedad, permite la planeación oportuna de la atención a las necesidades y sirve como parámetro con otras poblaciones o con la misma población después de cierto tiempo.

Por lo que las medidas de prevención seguras y efectivas contra las enfermedades orales que todos pueden adoptar para mejorar la salud y evitar enfermedades, que a la larga pueden conducir a dolor y sufrimientos innecesarios, causar complicaciones devastadoras al bienestar general de una persona, y producir costos económicos y sociales que disminuyen significativamente la calidad de vida y producen una carga a la comunidad ecuatoriana, pueden ser a través de programas de educación continuos y permanentes que ayuden el cambio de actitud de la población.



## **Justificación**

Las enfermedades orales son un elemento crucial en el estado general de salud en la región de América Latina y el Caribe, pues tiene una prevalencia alta e implica costos de tratamiento muy elevados”, dijo la *Dra. Saskia Estupiñán-Day*, de origen ecuatoriano, asesora regional para la Salud Oral de la OPS. “Sin embargo, existen medidas preventivas conocidas, cuya efectividad está probada, siendo la capacitación una de las metodologías para mejorar las prácticas de los proveedores de salud, el cual depende de muchos factores como: quién se capacita y dónde, qué están aprendiendo los proveedores y cómo se está enseñando la información, si se está reforzando la capacitación y cómo se miden los resultados de la capacitación”.

Por lo que la implementación de la capacitación en salud oral está destinada a mejorar actitudes de cuidados de salud bucal en pacientes con enfermedades renales y apoyar en la disminución de complicaciones inmunológicas posteriores.

## **Objetivos**

### **General**

Fomentar la importancia sobre el cuidado de la salud oral en los pacientes con enfermedades renales de la Clínica de Manadiálisis de Portoviejo

### **Específicos**

- a) Identificar enfermedades orales más frecuentes en pacientes con diálisis.
- b) Caracterizar signos y síntomas de enfermedades bucales orales más frecuentes.
- c) Establecer medidas preventivas destinadas a evitar enfermedades bucales
- d) Indicar cuidados de higiene oral en pacientes con enfermedades renales.

### **Fecha**

Enero del 2012

### **Contenidos**

- a) Lesiones bucales más frecuentes en pacientes con enfermedades renales.
- b) Causas de las lesiones bucales en pacientes con diálisis.
- c) Medidas preventivas para la salud oral en pacientes con diálisis.
- d) Como controlar las infecciones orales en pacientes con diálisis.
- e) Correcto cepillado y utilización del hilo dental.

## Cronograma de trabajo

ACTIVIDADES	ENERO			
	1	2	3	4
1. Elaboración del propuesta de trabajo		X		
2. Presentación de propuesta educativa a autoridades de la Universidad		X		
3. Selección de bibliografía y contenidos de capacitación		X		
4. Coordinación con Autoridades de Manadiálisis para capacitación		X		
5. Elaboración de material educativo para capacitación		x		
6. Coordinación de apoyo logístico con personal de salud de Manadiálisis			X	
7. Ejecución de Capacitación a) Charlas educativas b) Entrega de bibliografía c) Entrega de tríptico educativo			x	
8. Evaluación de capacitación			X	

## Recursos humanos

- Investigador: Gema Caicedo
- Personal de Manadiálisis
- Pacientes de Manadiálisis

## **Recursos financieros**

La propuesta estará 100% financiada enteramente por la investigadora.

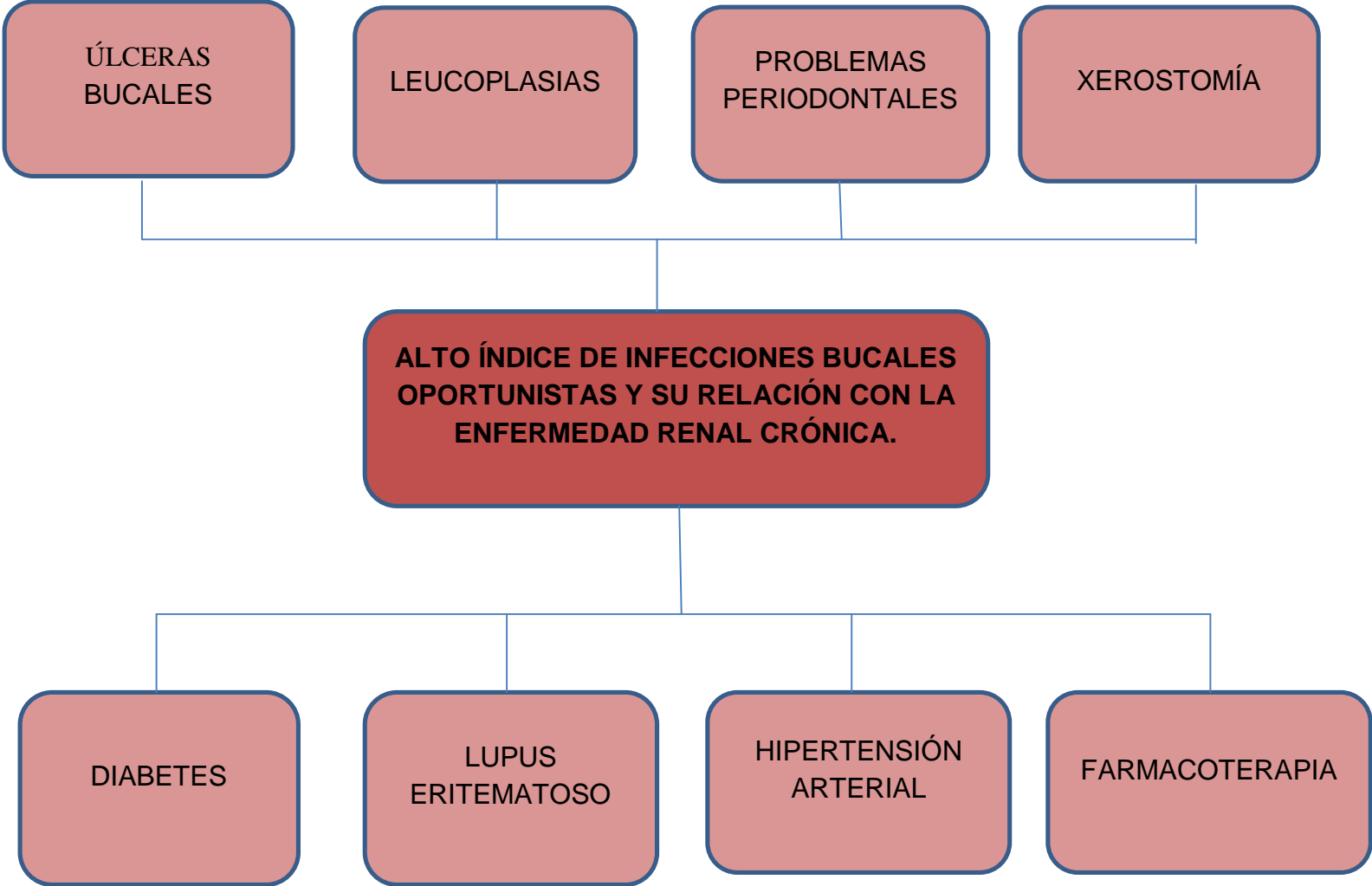
## **Sostenibilidad**

La presente propuesta es sostenible por que cuenta con el apoyo íntegro de la Universidad San Gregorio mediante quienes conforman la Facultad de Odontología y de los Gerentes de la Clínica de Manadiálisis de Portoviejo quienes se han comprometido a mantener la educación de los pacientes en relación a la salud oral de forma permanente, debido a que es de gran importancia seguir aportando sobre la atención que se le debe dar a las infecciones bucodentales que se presentan en los pacientes en tratamientos de diálisis.

El proyecto será también evaluado por los gerentes de la institución de forma semestral, para seguir manteniendo y apoyar de esta forma con la salud oral de los pacientes de Manadiálisis de Portoviejo, lo cual les permitirá llevar un mejor estilo de vida.

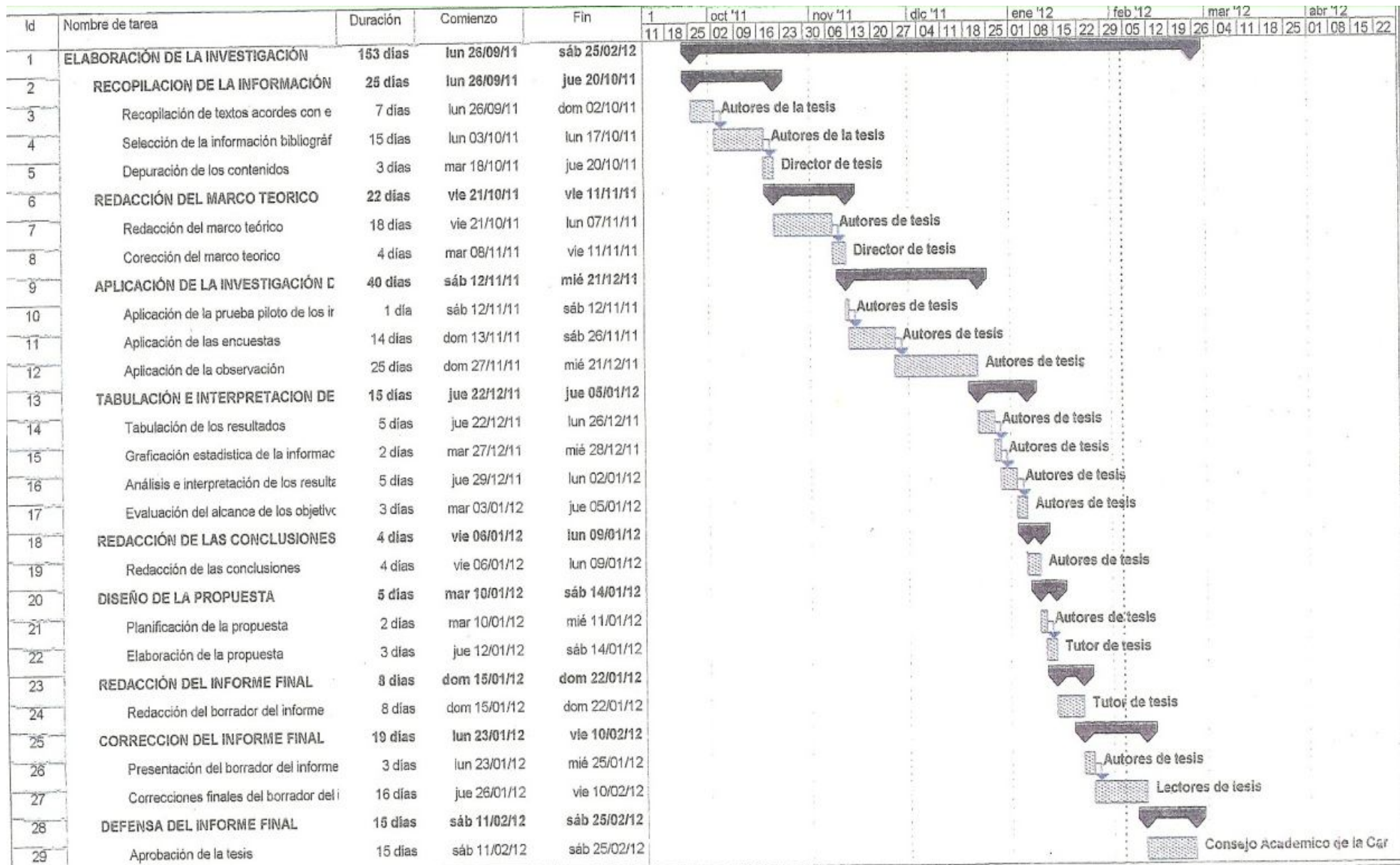
# ANEXOS 1

**ÁRBOL DEL PROBLEMA**



## PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	APORTES EXTRAS
Fotocopia	500	Unidad	0.03	15	Autogestión	
Computadora	1	Unidad	500	500	Autogestión	
Libros	5	Unidad	150	750	Autogestión	
Papel	4	Resmas	5	20	Autogestión	
Internet	5	Meses	22	110	Autogestión	
Tinta de impresión	4	Cartucho	25	100	Autogestión	
Encuadernación	4	Unidad	15	60	Autogestión	
Bolígrafo	2	Caja	5	10	Autogestión	
Carpeta	1	Unidad	0.50	0.50	Autogestión	
Guantes	1	Cajas	7.50	7.50	Autogestión	
Mascarillas	1	Cajas	8	8	Autogestión	
Espejos Bucales	10	Unidades	1.50	15	Autogestión	
Movilización		Gasolina	150	150	Autogestión	
Material Didáctico		VARIOS		200	Autogestión	
SUBTOTAL				1986.00		
Imprevistos		10%		198.6		
<b>TOTAL</b>				<b>2184.6</b>		



Proyecto: cronograma  
Fecha: sáb 04/02/12

Tarea		Hito		Tareas externas	
División		Resumen		Hito externo	
Progreso		Resumen del proyecto		Fecha límite	



# ANEXOS 2

**ENCUESTA**



**UNIVERSIDAD PARTICULAR  
"SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO"  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**FORMULARIO DE ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON  
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA CON EL OBJETIVO DE DETERMINAR  
LA RELACION CON LAS INFECCIONES BUCALES OPORTUNISTAS.**

**INDICACIONES:**

- Conteste todas las preguntas.
- Marque con una x la respuesta que Ud. crea conveniente.

Fecha:

Nombre y apellidos:

Edad:

Sexo:

Domicilio:

Etnia :

TIPO DE ATENCION:

M.S.P  
IESS  
PRIVADO

**¿Qué causó su enfermedad renal?**

- a) Hipertensión arterial ( )
- b) Diabetes ( )
- c) Lupus eritematoso ( )
- d) Ingesta de medicamentos a largo plazo ( )
- e) Embarazo ( )
- f) Glomerulonefritis ( )
- g) Otros. Especifique ( ) .....

**¿Hace qué tiempo usted recibe diálisis?**

.....  
.....  
.....

**¿Ha tenido alguna vez alguna enfermedad bucal? cual menciónela?:**

.....  
.....  
.....

**¿Cada qué tiempo visita al odontólogo?**

- a) 1 vez al mes ( )
- b) Cada 6 meses ( )
- c) 1 vez al año ( )
- d) Cuando siente una molestia ( )
- e) Nunca ( )

**¿Presenta Ud. alguno de estos signos o síntomas?**

- a) Resequedad de la boca ( )
- b) Aliento desagradable ( )
- c) Manchas blanquinosas en la lengua ( )
- d) Sabor picante ( )
- e) Ampollas o úlceras en los labios ( )
- f) Sangrado a nivel de las encías ( )

**¿Usted ha recibido tratamiento para su problema bucal?**

- Odontólogo
- Casero
- Ninguno

Indique:

.....  
.....  
.....

**Al cumplir con el tratamiento respectivo de las infecciones bucales presentadas éstas:**

- a) Han desaparecido completamente                    si            no
- b) Han vuelto a aparecer                                                            si            no

**¿Qué tipo de medicamentos utiliza diariamente en su tratamiento?**

.....  
.....  
.....

## HISTORIA CLÍNICA

### HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

FECHA:

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

ENFERMEDAD ACTUAL

PLACA	CÁLCULOS	GINGIVITIS
DIENTES CARIADOS.....	PERDIDOS .....	OBTURADOS.....

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

MOVILIDAD DENTARIA EN GRADO:

RECESION GINGIVAL EN GRADO :

DIAGNOSTICO:

TERAPEUTICA:



# ANEXOS 3

# INFECCIONES BUCALES OPORTUNISTAS

## Infecciones bacterianas



Gingivitis

Periodontitis

## Infecciones micóticas



Candidiasis oral

## Infecciones virales



Herpes labial



**REALIZANDO LAS ENCUESTAS A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN SUS DOMICILIOS**

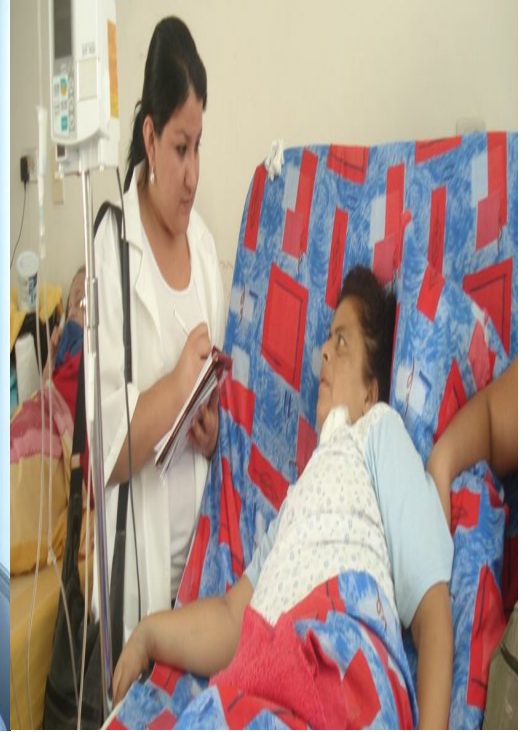






**REALIZANDO LAS ENCUESTAS A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ATENDIDOS EN MANADIÁLISIS INGRESADOS EN EL HOSPITAL “VERDI CEVALLOS BALDA”**





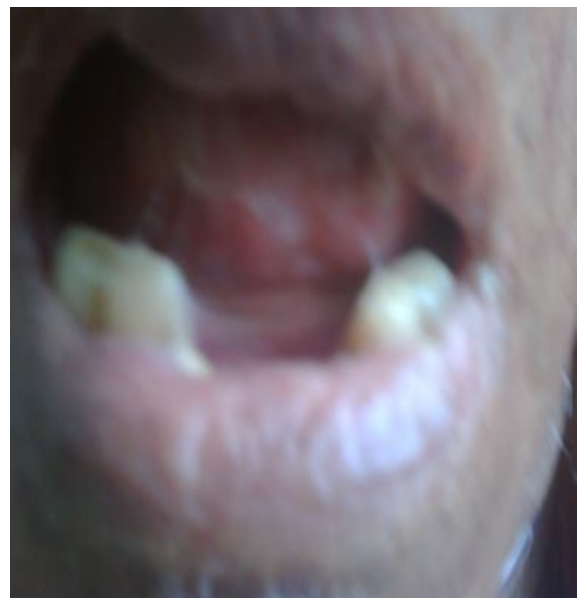
**ALTERACIONES BUCALES ENCONTRADAS EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ATENDIDOS EN LA CLÍNICA RENAL MANADIÁLISIS DE PORTOVIEJO**



**ÚLCERAS BUCALES**



**MICOSIS**



**XEROSTOMÍA**

## FOTOS EJECUTANDO LA PROPUESTA ALTERNATIVA

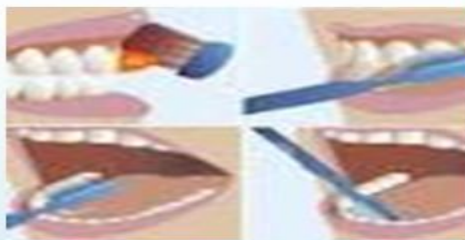


## ENTREGA DE TRÍPTICOS Y CHARLAS EDUCATIVAS



## RECOMENDACIONES PARA MANTENER LA SALUD BUCAL EN PACIENTES CON DIÁLISIS

- ◊ Mantener una estricta higiene oral



- ◊ Realizar controles odontológicos periódicos
- ◊ En casos de tratamientos odontológicos invasivos seguir indicaciones medicas en caso de antibióticos y ajustar dosis de corticoides.
- ◊ No ignore el dolor dental y acuda al médico inmediatamente.



## CONTROL DE LA INFECCIÓN ORAL

- ◆ HIGIENE ORAL ADECUADA
- ◆ ENJUAGATORIOS: CLOHEXIDINA AL 0.12%, AGUA BORATADA , AGUA Y SAL
- ◆ FLUOROTERAPIA, CONTROLES ODONTOLÓGICOS PERIÓDICOS.
- ◆ CONTROL DE LA DIETA.



AUTORA: GEMA CAICEDO MOLINA

## UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTO VIEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

- ▶ ENFERMEDADES ORALES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON DIÁLISIS



## ENFERMEDADES ORALES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

### PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

#### INMUNOCOMPROMETIDO=INMUNODEFICIENTE

Personas que tiene el sistema inmunitario funcionado por debajo del índice de normalidad, lo que favorece la instalación de una infección.

Sistema inmunitario: barre defensiva.

#### CAUSAS

- Envejecimiento progresivo de la población
- Enfermedades Autoinmunes o Primarias
- Enfermedades crónicas que requieren tratamiento inmunomodulador ( por Ej: corticoides).
- Enfermedades Neoplásicas.
- Trasplantes ( Medula y órganos).
- Enf. Que afectan el sistema inmune o secundarias ( renales crónicas, diálisis, sida)

#### TRASTORNOS COMUNES

- Mayor susceptibilidad a las infecciones
- Retardo en la cicatrización
- Mala respuesta a los tratamientos
- En algunos casos, tendencias a un mayor sangrado.

#### LESIONES BUCALES MAS COMUNES

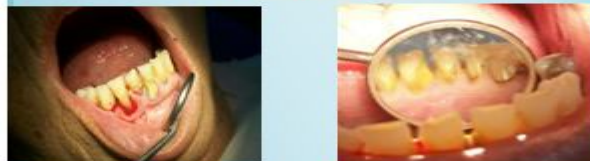
1. Úlceras
2. Enfermedades de las encías
3. Infecciones:
  - ⇒ Por bacterias
  - ⇒ Por virus

### ULCERAS Y AFTAS



Pueden ser hereditarias , y/o ligadas a problemas con el sistema inmunitario, estas se pueden desencadenar por: traumas, estrés emocional, deficiencias en la alimentación, cambios hormonales, alergias a los alimentos, con mucha frecuencia se presentan con infecciones virales, y en algunos caos no se puede identificar la causa

### ENFERMEDADES DE ENCÍAS PERIODONTITIS



### GINGIVITIS



### INFECCIÓN POR BACTERIAS

Importante: evitar infección secundaria a un foco bucal Ej: neumonía

Eliminar focos sépticos

### INFECCION POR VIRUS: HERPES SIMPLE



### INFECCIONES POR HONGOS:

#### CANDIDIASIS ( mughet)

- Se ven placas blancas cremosas y dolorosas que se pueden desprender dejando una lesión roja debajo.
- Es una oportunista que se manifiesta frente a determinadas condiciones:
  - ⇒ Higiene deficiente
  - ⇒ Inmunosupresión
  - ⇒ Uso prolongado de antibióticos de amplio espectro o corticoides
  - ⇒ Algunas enfermedades crónicas: diabetes mellitus

# ANEXOS 4

Portoviejo, 14 de Noviembre del 2011.

**Lcda. María Del Carmen Ron.**

**Gerente General de Manadiálisis.**

Reciba un cordial saludo.

Yo, **Caicedo Molina Gema Melissa** con **C.I. 131203834-0**, Egresada de la Carrera de Odontología de la **Universidad Particular “San Gregorio de Portoviejo”**, me dirijo a usted muy respetuosamente para pedirle de favor si es posible me pueda ameritar su autorización para la realización de la investigación con el tema **“INFECCIONES BUCALES OPORTUNISTAS Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA”** en esta institución que usted dirige, para lo cual me es muy importante su aprobación esperando dar un aporte necesario en los pacientes atendidos en esta unidad renal.

Esperando su atención y gentileza de antemano le quedo muy agradecida.

Atentamente.

.....

Gema Caicedo Molina

131203834-0



Portoviejo, 13 de Enero del 2012

**Lcda. María Del Carmen Ron.**

**Gerente General de Manadiálisis.**

Reciba un cordial saludo.

Yo, **Caicedo Molina Gema Melissa** con **C.I. 131203834-0**, Egresada de la Carrera de Odontología de la **Universidad Particular “San Gregorio de Portoviejo”**, me dirijo a usted muy respetuosamente para pedirle de favor se me permita brindar charlas educativas para mejorar el estado de salud bucal de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamientos de diálisis. Las cuales se darán durante la semana del 16 al 20 de Enero del presente año.

Esperando su atención y gentileza de antemano le quedo muy agradecida.

Atentamente.

.....

Gema Caicedo Molina

131203834-0

Portoviejo, 3 de Febrero del 2012

Srta. Gema Caicedo Molina.

**EGRESADA DE LA UNIVERSIDAD PARTICULAR “SAN GREGORIO DE  
PORTOVIEJO”**

Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente, agradezco a usted por haber brindado charlas educativas como propuesta alternativa de solución al problema realizado en su investigación de Tesis, sobre “Infecciones bucales oportunistas y su relación con la enfermedad renal crónica”, a los pacientes atendidos en esta unidad renal “Manadiálisis” de Portoviejo, y por la donación de trípticos educativos referentes al tema impartido.

-----

Atentamente

Lcda. María Del Carmen Ron

**Gerente General de Manadiálisis**

## **ACTA DE COMPROMISO**

Con la finalidad de adquirir la responsabilidad de que se continúe con el plan de prevenir las infecciones bucales oportunistas para evitar la incidencia de problemas bucodentales a través de charlas educativas. Se reunió Gema Caicedo Molina egresada de la Universidad "San Gregorio de Portoviejo" y la Gerente General de "Manadiálisis", el día 30 de Enero del 2012, a las 16H00 para firmar un acta de compromiso donde se establece lo siguiente:

1. Continuar con la propuesta realizada para educar a los pacientes con enfermedad renal, sobre la importancia de la preservación de la salud bucal y general.
2. Que sigan dando charlas a los pacientes y sus familiares para mantener un entorno afectivo que evite llegar a contraer infecciones bucales.
3. Dar recomendaciones necesarias durante la atención odontológica brindada a los pacientes con enfermedad renal.

Una vez leído y analizado lo anterior expuesto se culmina esta reunión con la posterior firma para afianzar su compromiso.

Lcda. María Del Carmen Ron

**GERENTE GENERAL**

**MANADIÁLISIS**

Gema Caicedo Molina

**EGRESADA**

**U.S.G.P**