



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PREVALENCIA DE ANOMALÍAS BUCODENTALES EN PACIENTES QUE
PADECEN ENFERMEDADES RENALES CON EDADES COMPRENDIDAS
ENTRE 6 Y 10 AÑOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA,
ESTADO CARABOBO, 2015**

Autoras:
Chacón, Angy
Martínez, Odry

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE ANOMALÍAS BUCODENTALES EN PACIENTES QUE
PADECEN ENFERMEDADES RENALES CON EDADES COMPRENDIDAS
ENTRE 6 Y 10 AÑOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA,
ESTADO CARABOBO, 2015**

Trabajo de Grado para optar al Título de Odontólogo

Autoras:

Chacón, Angy
Martínez, Odry

Tutora:

Odontop. Joscaryn Soto Grillet

San Diego, Noviembre 2015



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE ANOMALÍAS BUCODENTALES EN PACIENTES QUE
PADECEN ENFERMEDADES RENALES CON EDADES COMPRENDIDAS
ENTRE 6 Y 10 AÑOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA,
ESTADO CARABOBO, 2015**

ESTUDIANTES

Cedula de Identidad

C.I. V-20626198
C.I. V-20291287

Nombre y Apellido

Chacón G. Angy C.
Martínez R. Odry L.

Tutor Académico: Odontop. Joscaryn Soto Grillet

Cedula de Identidad

Firma

COORDINACION DE TRABAJO DE GRADO

Firma

Firma

Firma



**UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
CONSEJO UNIVERSITARIO**

CU-UJAP-_____

San Diego, _____

Ciudadanas:

Chacón G. Angy C. C.I. V-20626198
Martínez R. Odry L. C.I. V-20291287

Presente.-

Cumplo con informarles que la Comisión Delegada del Consejo Universitario de la Universidad José Antonio Páez, en su sección N° _____, celebrada el _____, **ACORDÓ APROBAR EL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO** presentado por ustedes, titulado: **PREVALENCIA DE ANOMALÍAS BUCODENTALES EN PACIENTES QUE PADECEN ENFERMEDADES RENALES CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 6 Y 10 AÑOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA, ESTADO CARABOBO, 2015.** Sin otro particular, se suscribe de ustedes.

Atentamente,
Lic. Katerina Sljussar P.
Secretaria

c.c. Expediente del alumno

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Odontopediatra Joscarlyn Soto Grillet, titular de la Cédula de Identidad N° _____, en mi carácter de Tutora del Trabajo de Grado presentado por las ciudadanas Angy Chacón, titular de la C.I. V-20626198 y Odry Martínez, titular de la C.I. V-20291287, titulado “Prevalencia de anomalías bucodentales en pacientes que padecen enfermedades renales con edades comprendidas entre 6 y 10 años en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Valencia, Estado Carabobo, 2015”, presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los _____ días del mes de Noviembre del año dos mil quince.

(Firma autógrafa)

Odontop. Joscarlyn Soto Grillet

C.I. N° V-_____



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE APROBACION DE TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología, para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: "Prevalencia de anomalías bucodentales en pacientes que padecen enfermedades renales con edades comprendidas entre 6 y 10 años en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Valencia, Estado Carabobo, 2015", realizado por las alumnas ciudadanas Angy Chacón, titular de la C.I. V-20626198 y Odry Martínez, titular de la C.I. V-20291287, cursantes de la carrera Odonología, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, que reúne los méritos suficientes para su aprobación asignándole la **CALIFICACION DEFINITIVA DE:** _____, (____) **PUNTOS.**

Tutor Académico

Odontop. Joscarlyn Soto Grillet

Cédula de Identidad V-_____

Firma

JURADOS

Nombre

C.I.

Firma

Nombre

C.I.

Firma

Nombre

C.I.

Firma

DEDICATORIA

Este trabajo de grado quiero dedicárselo a Dios y a la Virgen del Carmen, que han sido fundamentales en todo este proceso de ser hoy quien soy, porque desde que tengo memoria siempre han estado a mi lado de una forma espiritualmente poderosa, escuchando y dando respuestas a cada una de mis peticiones, guiándome, iluminando mi camino, protegiéndome, llenándome de fuerza paciencia y fe en todo momento, sobre todo en las situaciones de mayor tensión, que sobrelleve confiando en ellos y en su amor por mí, sin ellos estoy segura que esto no sería posible

.A mi MAMI, que por mucho tiempo fue mamá y papá, que sin duda alguna es la mujer que más admiro, uno de mis pilares y francamente mi modelo a seguir, quien ha dedicado su vida entera a entregarse completamente a sus hijos, enseñándome a través del ejemplo los más preciados valores, principios, y todo tipo de enseñanzas que hacen de mí la persona que hoy soy. Que a pesar de la distancia siempre ha sabido equilibrar los roles de madre y amiga, me ha dado sus mejores palabras de aliento para seguir siempre adelante, que abandonar nunca es una opción, me ha brindado su apoyo incondicional, comprensión, y jamás me ha cuestionado, pero sobre todas las cosas, cada día de mi vida se ha encargado de llenarme de un amor invaluable, e incomparable. Eres mi mayor motivación.

A mi hermano, Crisseloy, mi otro pilar y razón de ser en esta vida, al que siento que ese título le queda totalmente pequeño, pues se ha encargado de redefinirlo en toda su extensión, ha sido mi mejor ejemplo para hacer la cosas bien, ha puesto la barra de las expectativas muy en lo alto, haciendo que siempre me esmere al máximo para devolverle un poquito del orgullo que siempre me ha hecho sentir, en muchos aspectos ha sido más que un hermano, me ha amado, cuidado, protegido, guiado, enseñado, consentido, y hasta regañado, así que se ha comportado más como un Padre para mí que como un hermano, y lo amo infinito por eso

A mi Abuela, Cristinita, quien fue la cabeza de mi familia por tantos años, fue siempre una segunda mama, fundamental en mi crianza, principal forjadora de mi carácter, mi más grande consentidora y protectora de niña, una fuente inagotable de amor dispuesto plenamente para mí, que hoy en día es mi mayor protectora desde el cielo, y lo que más extraño en mi vida.

A toda mi familia y amigos cercanos, que siempre tuvieron para mí una palabra de aliento, un hombro para llorar, algún empujoncito para seguir o sonrisas de orgullo, que hacían que me motivara a continuar, gracias por estar allí, y poder contar con ustedes

Angy C. Chacón G.

DEDICATORIA

A ti DIOS quien supiste guiarme por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en las situaciones difíciles que se me presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi MADRE por ser la amiga y compañera que me ha visto crecer, gracias por estar conmigo en cada momento, por la paciencia que me has tenido y todo el inmenso amor que me das, gracias por querer siempre lo mejor para mi sin que nada me falte. Me has dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos. Eres mi más grande ejemplo y mi mayor orgullo, si con esto logro que estés la mitad de orgullosa de lo que yo estoy de ti, lo consideraría un logro.

A mi PADRE porque cuando en algún momento he retrocedido en el tiempo recuerdo mi infancia como aquella etapa en la que los días estaban envueltos de paz, amor, cariño y armonía, donde no había lugar para las prisas, ni problemas, gracias a ti por hacer de mí una niña feliz.

A mi HERMANA que con esa mirada traviesa y angelical me motiva a seguir adelante para ofrecerle el mismo amor y ejemplo que mi mamá me da. Eres mi mejor y más lindo regalo.

A Carlos Jiménez que con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento, gracias por nunca dejar que me sintiera sola en este largo camino en distancia de mi hogar.

A Florinda Ruiz por su apoyo incondicional en todo momento, por ser para mí como una segunda madre. Gracias Tía por quererme tanto, este logro también es tuyo.

A mis abuelas que con la ayuda de Dios han luchado para mantener mis familias unidas, por ser el mayor ejemplo de coraje y valentía, gracias por siempre llevarme en sus oraciones porque estoy segura que siempre estoy en ellas.

Por último y no de menos importancia a toda mi familia, primos, tíos y amigos que siempre me prestaron una mano amiga cuando más lo necesité.

Odry Layneth Martínez Ruiz

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos agradecer a Dios por estar presente en cada momento de nuestras vidas, por brindarnos su bendición, protección, y guía a lo largo de este camino que hace cuatro años decidimos emprender.

Gracias a nuestras madres por ser las principales promotoras de nuestros sueños, gracias a ustedes por cada día confiar, creer en nosotras y en nuestras expectativas, por desear y anhelar siempre lo mejor para nuestras vidas, por su amor incondicional y por el sacrificio realizado. Gracias por las enseñanzas y consejos de vida, por mantenerse a nuestro lado en los peores momentos. Son una bendición de Dios. No alcanza la vida para agradecerles por todo, gracias a ustedes hemos llegado hasta aquí.

A nuestros hermanos por su amor incondicional y apoyo, por ser razones de fortaleza, empeño, motivación y superación propia día a día, intentando siempre ser mejor en este camino que decidimos andar y que poco a poco vamos forjando, para que con cada uno de nuestros logros despertemos solo orgullo en ustedes.

A nuestra tutora la Od Joscarlyn Soto Grillet por sus consejos, apoyo y confianza, así como por su disposición para la realización de este trabajo de grado en todo momento, aclarando cualquier duda surgida durante la realización del mismo.

A todos y cada uno de nuestros profesores a lo largo de nuestra carrera pues sin ellos no habríamos llegado tan alto en nuestra formación académica y seríamos esclavos de nuestra mediocridad. Gracias a ellos abrimos nuestras alas al conocimiento y muchos nos motivaron a no desfallecer en este largo camino.

A nuestra casa de estudios “Universidad José Antonio Páez”, por abrimos sus puertas y brindarnos las herramientas para formarnos como profesionales, por permitir el transcurrir de cinco valiosos años de nuestras vidas en sus pasillos, llenándonos de experiencias buenas y malas pero siempre enriquecedoras

Angy Chacón y Odry Martínez

ÍNDICE GENERAL

| | CONTENIDO | pp. |
|-----|--|------|
| | LISTA DE CUADROS | xii |
| | LISTA DE GRÁFICOS | xiii |
| | RESUMEN INFORMATIVO | xv |
| | INTRODUCCIÓN | 1 |
| | CAPÍTULO | |
| I | EL PROBLEMA | 2 |
| | 1.1.- Planteamiento del Problema | 2 |
| | 1.1.1.- Formulación del Problema | 5 |
| | 1.2.- Objetivos de la Investigación | 5 |
| | 1.2.1.- Objetivo General | 5 |
| | 1.2.2.- Objetivos Específicos | 5 |
| | 1.3.- Justificación de la Investigación | 6 |
| II | MARCO TEÓRICO | 8 |
| | 2.1.- Antecedentes de la Investigación | 8 |
| | 2.2.- Bases Teóricas | 11 |
| | 2.2.1.- Patologías Renales | 11 |
| | 2.2.2.- Alteraciones Bucodentales asociadas a la Patología Renal | 16 |
| | 2.3.- Definición de Términos Básicos | 21 |
| III | MARCO METODOLÓGICO | 24 |
| | 3.1.- Tipo y Diseño de investigación | 24 |
| | 3.2.- Población y Muestra | 25 |
| | 3.3.- Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 25 |
| | 3.4.- Técnicas de Análisis de la Información | 27 |
| | 3.5.- Procedimientos | 27 |
| | 3.6.- Sistema de Variables | 28 |
| IV | RESULTADOS | 30 |
| | 4.1.- Variable Características Demográficas | 31 |
| | 4.2.- Variable Patología Renal | 35 |
| | 4.3.- Variable Manifestaciones Orales | 38 |

| | | |
|----|--------------------------------|-----|
| | | pp. |
| IV | 4.4.- Discusión de Resultados | 42 |
| V | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 48 |
| | 5.1.- Conclusiones | 48 |
| | 5.2.- Recomendaciones | 49 |
| | REFERENCIAS | 51 |
| | ANEXOS | 54 |
| | A.- Instrumento de Recolección | 55 |
| | 2.- Formatos para Validación | 57 |

LISTA DE TABLAS

| Tabla | | pp. |
|-------|--|-----|
| 1 | Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según edad | 31 |
| 2 | Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según género | 32 |
| 3 | Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según procedencia | 33 |
| 4 | Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según tipo de patología renal | 35 |
| 5 | Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según origen de la patología renal | 37 |
| 6 | Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según manifestaciones orales en tejidos duros | 38 |
| 7 | Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según manifestaciones orales en tejidos blandos | 39 |
| 8 | Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según manifestación en el flujo salival | 41 |

LISTA DE GRÁFICOS

| Gráfico | | pp. |
|---------|---|-----|
| 1 | Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según edad | 31 |
| 2 | Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según género | 32 |
| 3 | Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según procedencia | 33 |
| 4 | Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según tipo de patología renal | 35 |
| 5 | Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según origen de la patología renal | 37 |
| 6 | Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según manifestaciones orales en tejidos duros | 38 |
| 7 | Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según manifestaciones orales en tejidos blandos | 39 |
| 8 | Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según manifestación en el flujo salival | 41 |

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE ANOMALÍAS BUCODENTALES EN PACIENTES QUE
PADECEN ENFERMEDADES RENALES CON EDADES COMPRENDIDAS
ENTRE 6 Y 10 AÑOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA,
ESTADO CARABOBO, 2015**

Autoras: Chacón Angy

Martínez Odry

Tutora: Odontop. Soto Joscarlyn

Fecha: Noviembre 2015

RESUMEN INFORMATIVO

El presente trabajo de investigación, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de anomalías bucodentales en pacientes que padecen enfermedades renales con edades comprendidas entre 6 y 10 años en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia, Estado Carabobo, durante Enero-Octubre de 2015. Con tal finalidad, se realizó un trabajo de campo descriptivo con diseño no experimental, cuantitativo transversal, para el cual se seleccionó una muestra intencional de 38 pacientes; como instrumento se diseñó una ficha de registro con ocho ítems donde se asentaron los datos obtenidos en las respectivas historias clínicas, cuyos resultados permitieron verificar predominio de la edad cronológica 7 años, sexo masculino y procedencia del Municipio Valencia, así como de la patología conocida como hipercalciuria y preponderancia de enfermedades renales crónicas congénitas. De igual forma, la manifestación oral prevalente en tejidos duros fue la hipoplasia de esmalte, en tanto lengua geográfica fue el hallazgo más recurrente en tejidos blandos y xerostomía tuvo presencia relativa. De acuerdo a tales resultados, se concluye que dada la diversidad de anomalías bucodentales que presentan los niños con patología renal, las interconsultas con Odontopediatría deben establecerse precozmente a fin de controlar las alteraciones en tejidos duros, blandos y/o en el flujo salival e instruir a la familia en aspectos como higiene, factores de riesgo y prevención para salvaguardar la salud estomatognática y evitar complicaciones sistémicas.

Palabras clave: Patologías renales; anomalías bucodentales; paciente pediátrico

INTRODUCCIÓN

Los diversos sistemas que integran el organismo humano se encuentran íntimamente relacionados entre sí, de forma que cualquier evento que altera su normal funcionamiento conlleva repercusiones en el resto, con la consiguiente afectación tanto para la salud integral como para la calidad de vida. Tal es el caso de las patologías del llamado sistema urinario, las cuales por sí mismas o a expensas de las combinaciones terapéuticas indicadas para su tratamiento generan una serie de alteraciones que afectan en mayor o menor medida al complejo buco dental.

Sobre tales premisas se fundamentó la presente investigación, que en el marco de un estudio de campo descriptivo tuvo como objetivo determinar la prevalencia de anomalías bucodentales en pacientes que padecen enfermedades renales con edades comprendidas entre 6 y 10 años en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera en el período Enero-Octubre 2015, la cual quedó estructurada de la siguiente forma:

Capítulo I El Problema: comprende la problemática detectada respecto a las patologías renales en el niño y sus manifestaciones orales, formulación de la interrogante de estudio, objetivos y justificación de la investigación; a continuación, el Capítulo II Marco Teórico, que contiene los antecedentes investigativos, bases teóricas y definición de términos básicos.

Prosiguiendo se ubica el Capítulo III Marco Metodológico, incluyendo los aspectos relativos a la metodología y procedimientos empleados, para continuar con el Capítulo IV Resultados, donde se hace una descripción detallada de los hallazgos y su discusión.

Seguidamente se encuentran las pertinentes Conclusiones y Recomendaciones, seguidas por la lista de Referencias consultadas, finalizando con los Anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Actualmente, la población infantil es afectada por un sinnúmero de patologías de carácter congénito o adquirido, las cuales constituyen importantes causas de morbimortalidad y por tanto, ocupan importantes esfuerzos por parte de la comunidad científica perteneciente a las diversas disciplinas de las Ciencias de la Salud. Entre dichas afecciones, se encuentran las alteraciones renales.

En efecto, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS, 2014), las patologías renales representan hasta 8% de las enfermedades diagnosticadas en la edad pediátrica, ubicándose su tasa de mortalidad en 10-50% de los niños y adolescentes afectados dependiendo de la etiología, mientras en las unidades de cuidados intensivos neonatales es notablemente elevada (70-80%), casi siempre asociada a defectos nefrológicos congénitos graves.

Ahora bien, en Venezuela, el último Anuario emitido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (2011), informa que las enfermedades renales en general ocupan el lugar número 11 como causa de muerte, sin especificar grupos étnicos, para una tasa de 2.944,1 por 100.000 habitantes, representando 3,3% del total de consultas hospitalarias en el país.

Asimismo, en lo que respecta al Estado Carabobo, si bien no se localizaron estadísticas oficiales se ha podido conocer que las nefropatías pediátricas ocupan un lugar destacado gracias a la realización de estudios de prevalencia en algunas de las principales instituciones hospitalarias de la

región, como los efectuados por Gómez y Padilla (2014) y Jurado (2014), cuyos hallazgos revelan alta incidencia de insuficiencia renal crónica y fallo renal agudo, entre otras patologías del sistema urinario en pacientes con edades comprendidas entre 0 y 17 años, datos que permiten advertir que dichas enfermedades constituyen un severo problema de salud pública, con las consecuentes repercusiones para la salud integral, crecimiento y desarrollo toda vez que los riñones son el principal filtro del organismo.

En tal sentido, conviene señalar que de acuerdo a las guías internacionales de la National Kidney Foundation's (NKF, 2013), la enfermedad renal se define como el daño en uno o ambos riñones, de índole estructural o funcional, que permanece por tres meses o más, con o sin disminución de la velocidad de filtración glomerular y alguno de los siguientes hallazgos: alteración en la composición de la sangre o de la orina, alteración en los estudios de imagen o biopsia renal y/o velocidad en la filtración glomerular. Sin embargo, mientras en los adultos las principales causas de las nefropatías se asocian a diabetes e hipertensión arterial, en los niños la etiología suele ser congénita, a expensas de malformaciones como displasia, hipoplasia y glomerulopatía, aunque también se pueden encontrar otras manifestaciones vinculadas a obesidad, procesos infecciosos y traumatismos, entre otros, siendo entonces de tipo adquirido.

En todo caso, las patologías renales tienen, como ya se mencionó anteriormente, efectos orgánicos debido al progresivo deterioro de la función renal, lo que de acuerdo a las guías aludidas en el párrafo anterior (NKF, 2013), puede incluir septicemia, respuesta inflamatoria sistémica y falla multiorgánica, todo lo cual se puede prevenir si el paciente es diagnosticado lo más tempranamente posible y sometido al tratamiento de rigor.

Al respecto, es pertinente que las enfermedades renales suelen expresar ciertos signos y síntomas, entre los cuales se destacan algunos manifestados a nivel oral; en efecto, siguiendo a Acosta y cols. (2013), al

igual que muchas enfermedades sistémicas, las nefropatías inducen cambios o alteraciones a nivel de la cavidad bucal, que van a depender del tipo de patología renal, su tratamiento, condiciones propias del huésped y edad en la cual la enfermedad inició su curso, razón por la que el Odontólogo juega un papel crucial en la detección y tratamiento precoz de la nefropatía.

Ciertamente, interpretando lo aportado por Acosta (2008), en la atención odontológica del paciente pediátrico es posible identificar ciertas alteraciones que sugieren al tratante la presencia de patología renal, en tejidos duros (hipoplasia de esmalte, retardo eruptivo, alteraciones de número-tamaño, erosión, cálculo dental) y/o blandos (lengua geográfica, estomatitis, gingivitis, ulceraciones), acompañadas o no de halitosis urémica, lo que le va a permitir no sólo tratar adecuadamente el cuadro clínico detectado sino también remitir al paciente al especialista nefrólogo en caso que no haya sido diagnosticado, así como a formar parte del equipo interdisciplinario que debe trabajar conjuntamente a fin de velar por la salud integral del enfermo renal.

En tal escenario, se presenta la .situación en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” ubicada en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo, en donde se atienden niños y adolescentes que cursan patologías renales de diversa índole, provenientes de los distintos municipios de dicha entidad geográfica. Es el caso, que durante su formación académica y específicamente en las asignaturas Medicina Interna y Fisiopatología, en las autoras de la presente investigación surgió inquietud por constatar la gravedad en torno a la afectación bucal de dichos pacientes y de allí, el interés de realizar un acercamiento al fenómeno con el propósito de confirmar cuál es la actual realidad de estos pacientes en referencia a su salud oral, teniendo en cuenta que ésta posee indudable influencia en el bienestar bio-psicosocial del ser humano y, por tanto, en su calidad de vida.

1.2 Formulación del Problema

En atención a la problemática planteada, surgió la interrogante que dio lugar a los objetivos del presente trabajo de investigación: ¿Cuál será la prevalencia de anomalías bucodentales en pacientes que padecen enfermedades renales con edades comprendidas entre 6 y 10 años en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia, Estado Carabobo, durante Enero-Octubre de 2015?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de anomalías bucodentales en pacientes que padecen enfermedades renales con edades comprendidas entre 6 y 10 años en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia, Estado Carabobo, durante Enero-Octubre de 2015.

1.3.3 Objetivos Específicos

1. Precisar las características demográficas de los pacientes con edades comprendidas entre 6 y 10 años atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante Enero-Octubre de 2015.

2. Identificar el tipo de patología renal de los pacientes con edades comprendidas entre 6 y 10 años atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante Enero-Octubre de 2015.

3. Establecer la prevalencia de anomalías bucodentales de acuerdo a la patología renal en pacientes con edades comprendidas entre 6 y 10 años atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante Enero-Octubre de 2015.

3.4 Justificación de la Investigación

Las alteraciones orales y especialmente aquellas generadas por patologías sistémicas, poseen una relevancia especial durante la infancia pues además de afectar el bienestar del paciente pediátrico, ya perjudicado por la enfermedad orgánica de base, determinan una serie de aspectos biológicos, funcionales y psicológicos a presente y futuro; en atención a tal razonamiento, se estima que con la presente investigación se genera una serie de beneficios importantes, vistos desde diversas perspectivas.

Para iniciar, el estudio constituye un valioso aporte social, ya que al determinarse la prevalencia de alteraciones bucodentales en el paciente renal pediátrico se contará con una casuística fidedigna y útil para la planificación y ejecución de programas educativos dirigidos a las comunidades en materia de salud oral-enfermedad renal, así como otros de carácter preventivo y de orientación familiar que contribuyan a la detección y tratamiento oportuno de las nefropatías y sus secuelas en el aparato estomatognático.

Igualmente, desde la visión asistencial es un aporte significativo, pues pondrá en evidencia la importancia del trabajo conjunto de los especialistas en Nefrología y Odontología para proveer al paciente pediátrico renal una atención sistemática y coordinada que contribuya a mejorar su calidad de vida y bienestar.

Asimismo, desde el punto de vista institucional la investigación y sus resultados son relevantes: Por un lado, para la Ciudad Hospitalaria “Dr.

Enrique Tejera”, pues se aportarán datos estadísticos de indudable incidencia en la atención del paciente pediátrico renal y los costos que la misma representa tanto médica como odontológicamente.

Por otra parte, es una contribución válida para la producción intelectual de la Universidad José Antonio Páez y específicamente para la línea de investigación Odontología clínica y correctiva, pues se trata de una puesta al día en un tema importante para el profesional odontólogo pues las manifestaciones bucodentales de las patologías renales son sin duda un problema de salud pública estrechamente vinculado con la praxis odontológica.

De igual forma, se considera que la investigación constituye un aporte teórico-metodológico significativo como referente y fuente de consulta para quienes en el futuro se interesen por estudiar la prevalencia de las manifestaciones bucodentales asociadas a patologías renales en el ámbito local, regional y nacional, así como punto de partida para la elaboración de propuestas basadas en el diseño de programas educativo-preventivos tanto nefrológicos como odontológicos dirigidos a las familias y pacientes pediátricos aquejados por patología renal y las alteraciones bucales relacionadas con ésta.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Interpretando los postulados formulados por Arias (2009), el propósito del marco teórico es recopilar y comentar trabajos investigativos relacionados con la temática abordada, así como conceptos, principios y fundamentos teóricos que sustenten la investigación y permitan interpretar sus hallazgos. De allí, que en el presente caso, a continuación se desarrollan y comentan los antecedentes de la investigación y las bases teóricas, además de la definición de términos básicos.

2.1 Antecedentes de la Investigación

A lo largo de los últimos años, se han venido realizando diversas investigaciones dirigidas a estudiar las manifestaciones bucodentales de las patologías renales desde diversas visiones, entre las cuales se seleccionaron algunas en atención a su vinculación o significado para el estudio que aquí se desarrolla.

Tal es el caso del estudio de campo descriptivo no experimental presentado por Gómez J.A. y Padilla N. (2014), para optar al título de Odontólogos en la Universidad José Antonio Páez, **“Prevalencia de patologías bucales en pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET) en el Municipio Valencia, Estado Carabobo en el Período Junio – Septiembre 2014”**, cuyo objetivo general fue establecer la prevalencia de patologías bucales en pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica en la ciudad

hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), para lo cual seleccionaron una muestra intencional integrada por la totalidad de pacientes (43).

Así, entre los resultados reportados informan predominio del sexo masculino, del grupo etáreo 12-17 años y como patologías bucales de mayor prevalencia, caries, defectos de esmalte y gingivitis, mientras que la mayoría se ubicó en el estadio 3 de insuficiencia renal; en atención a ello, concluyeron recomendando la continuación de su estudio con la finalidad de seguir investigando el vínculo establecido entre las patologías bucales y la insuficiencia renal crónica.

El estudio previamente reseñado, se considera relevante en atención a sus hallazgos pues al haber sido realizado en la misma institución hospitalaria, permitió contrastar resultados y verificar cuáles han sido los cambios bucodentales en aquellos pacientes aquejados por insuficiencia renal crónica.

Con semejante propósito, se ubican Acosta M.G., Bolívar M., Giunta C., Espig H. y Coronel, V. (2013), quienes publicaron su Trabajo de Ascenso en la Universidad de Carabobo, titulado "**Hallazgos bucales en niños con enfermedad renal**", estudio descriptivo con diseño transversal realizado en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", evaluando 50 pacientes con diversas enfermedades renales; los resultados, mostraron que la patología renal prevalente fue hipercalciuria, mientras que los hallazgos bucales encontrados fueron hipoplasias de esmalte, caries dental, retardo en la erupción y lengua geográfica, siendo dato importante que 44% de los pacientes nunca había asistido a consulta odontológica.

Por tanto, se concluye que los hallazgos bucales encontrados con mayor frecuencia en niños con enfermedad renal se ubicaron en los tejidos duros, lo cual evidencia el aporte para la presente investigación y su utilidad

al analizar y discutir los resultados que se obtuvieron una vez culminado el proceso de recolección de información.

Por su parte, Flores A. y Montilva, M. (2012), optando al título de Odontólogos en la Universidad José Antonio Páez, presentaron un estudio de campo descriptivo titulado **“Prevalencia de la enfermedad periodontal en pacientes con insuficiencia renal crónica de la Clínica del Riñón en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo, Enero-Noviembre, 2012”**, cuyo objetivo fue establecer la .prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con insuficiencia renal crónica en estadio V atendidos en el período enero-noviembre del 2012 en la Clínica del Riñón de Naguanagua.

Con tal finalidad, seleccionaron una muestra intencional de 60 pacientes, quienes en los resultados mostraron alta incidencia de afectación periodontal: gingivitis inducida y no inducida por placa dental, así como de periodontitis crónica, por lo que se concluye recomendando la implementación de programas preventivos odontológicos para dichos pacientes.

Desde tales resultados, se confirma la vinculación del citado estudio para el aquí presentado pues confirma que en todo paciente renal, independientemente de su edad, es indispensable la orientación y control odontológico sistemático, pues tanto la propia nefropatía como su tratamiento inducen cambios y alteraciones en los tejidos blandos orales que pueden ser prevenidos.

Asimismo, se ubica el trabajo de campo descriptivo no experimental presentado como Trabajo de Ascenso en la Universidad Autónoma de Manizales, Colombia, por Muñoz E., Restrepo C. y Chacón J. (2011), de título **“Caracterización en salud oral y hábitos de higiene oral en pacientes con enfermedad renal crónica”**, cuyo objetivo fue determinar el estado de salud oral de pacientes con enfermedad renal crónica y su relación

con marcadores nutricionales, inflamatorios y dosis de eritropoyetina, para lo que se seleccionó una muestra intencional de 336 pacientes.

De tal manera, los resultados evidenciaron cómo la mayoría presentó buena salud oral, lo cual contrastó con la alta prevalencia de enfermedad periodontal y caries, en tanto la dispersión de los hallazgos de laboratorio no permitió determinar correlación entre marcadores inflamatorios, salud periodontal y dosis de eritropoyetina, razones por las que se concluye que si bien la higiene oral de los pacientes fue satisfactoria, a pesar de ello presentaron alta prevalencia de patologías orales, lo cual sugiere que factores relacionados con el medio urémico, modificaciones en el PH y flujo salival favorecen su aparición.

La investigación anterior, aunque realizada en pacientes adultos dializados, es relevante para la que aquí se desarrolla pues demuestra que la evaluación odontológica del paciente renal es prioritaria para evitar la aparición de patologías bucodentales que empeoren su estado de salud y conlleven riesgo de procesos infecciosos crónicos y/o pérdida dentaria.

2.2 Bases Teóricas

Las bases teóricas, referidas a los postulados y principios que dan sustento al tema de investigación; tienen por objeto dar validez conceptual al estudio y en el presente caso, están conformadas por las diversas teorías de interés: Patologías Renales y Alteraciones Bucodentales asociadas a la Patología Renal.

2.2.1 Patologías Renales

De acuerdo a los postulados de Rennke y Denker (2013), los riñones son dos órganos abdominales situados en el retro-perineo, a cada lado de la

columna vertebral que actúan como filtros selectivos depuradores de la sangre, siendo sus funciones retirar el exceso de agua y las toxinas que resultan del metabolismo eliminándolos en forma de orina a través de la uretra, conducto que transporta la orina desde la vejiga hacia el exterior, así como moderar el balance de ácidos evitando su excesiva acumulación en el organismo. Asimismo, cumplen un rol importante en la producción de hormonas: eritropoyetina, la cual controla la producción de glóbulos rojos en la médula ósea; renina, reguladora de la presión sanguínea y también la forma activa de la vitamina D, necesaria para controlar el balance de calcio en el cuerpo, la mineralización y fortalecimiento de los tejidos óseos.

Como se desprende de lo previamente descrito, la función renal es indispensable para el buen funcionamiento orgánico; sin embargo, a expensas de ciertas malformaciones durante el desarrollo intrauterino o de eventos traumáticos, procesos infecciosos o envenenamiento, se producen diversas alteraciones en la función renal y en general del aparato urinario, generando una serie de trastornos conocidos como patología renal o insuficiencia renal.

En tal sentido, Arias (2012), aporta que la insuficiencia renal es una enfermedad seria, donde los riñones dejan de funcionar correctamente y, por tanto, disminuye su capacidad para filtrar adecuadamente toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre, la cual se divide en tres categorías:

1. Insuficiencia renal aguda (IRA): Consiste en la pérdida progresiva y rápida de la función renal, resultando una retención de los productos residuales nitrogenados (urea y creatinina) y no nitrogenados, acompañado por una disminución de la tasa de filtrado glomerular.

2. Insuficiencia renal crónica (IRC): Se trata de la condición que se produce por el daño permanente e irreversible de la función de los riñones; puede resultar de la complicación de una gran cantidad de enfermedades del

riñón, tales como nefropatía por IgA (enfermedad de Berger), enfermedades inflamatorias de los riñones (llamadas en conjunto glomerulonefritis, pielonefritis crónica y retención urinaria), así como por el uso de medicamentos tóxicos para el riñón.

3. Insuficiencia renal terminal (IRT): Es la última consecuencia, donde el paciente requiere diálisis (filtración de la sangre por medios externos) hasta que se encuentre un donante para trasplante renal.

Ahora bien, en el caso específico del paciente pediátrico, se presentan las conocidas patologías renales agudas, que en su mayoría se atribuyen a infecciones generalizadas, síndromes diarreicos, traumatismos o fallos multiorgánicos, mientras las de tipo crónico suelen asociarse a malformaciones congénitas; es por ello que, siguiendo la argumentación expuesta por Gordillo, Exeni y de la Cruz (2010), seguidamente se presenta una síntesis de las patologías renales más comúnmente presentadas por pacientes pediátricos:

Glomerulosis (focal o segmentaria): Se trata de la presencia de tejido cicatricial en la unidad de filtración del riñón, estructura llamada glomérulo; el término *focal* significa que algunos de los glomérulos resultan cicatrizados, mientras que otros permanecen normales, en tanto que la denominación *segmentaria* significa que sólo parte de un glomérulo individual resulta dañado. Puede ser idiopática (etiología desconocida), genética o adquirida. En este último caso, puede relacionarse con infección, obesidad, nefropatía por reflujo, anemia drepanocítica y consumo de medicamentos.

Hidronefrosis: Se trata de una afectación de la vía excretora alta, con la consiguiente repercusión morfológica y funcional sobre el riñón, que puede abocar en una nefropatía obstructiva. En el período fetal, el uréter se dilata y la pelvis renal permanece pequeña; como consecuencia de este proceso

obstructivo, existe un desequilibrio entre la cantidad de orina producida por el riñón y la eliminada, produciéndose una dilatación de las vías excretoras supraobstructivas con aumento del volumen de orina que contienen, acompañada de una hiperpresión intraluminal.

Hipoplasia Renal: Se trata de una anomalía congénita caracterizada por el desarrollo incompleto de uno o ambos riñones, aunque en la mayoría de los casos se presenta bilateral. Las consecuencias clínicas son variables, dependiendo del grado de reducción de la masa renal, pero lo más común es que evolucione a una insuficiencia renal en edad temprana.

Displasia Renal: Al igual que la hidronefrosis, pertenece a la categoría de uropatía obstructiva; consiste en diversas anomalías de la estructura histológica renal, ocasionada por detención del desarrollo embriológico debido a trastornos en el proceso de diferenciación y la persistencia de estructuras mesonéfricas. Muchos niños con displasia renal en un solo riñón no presentan signos o síntomas, pero cuando es bilateral suele conducir a infecciones recurrentes de las vías urinarias e incluso al desarrollo de presión arterial alta.

Otras: Algunas enfermedades renales de mayor o menor frecuencia en niños, son las siguientes:

- a) *Litiasis Renal:* También conocida como presencia de cálculos en los riñones o vías urinarias (vejiga, uréteres), puede tener origen genético pero es más usualmente adquirida, con frecuencia asociada a alta ingesta de bebidas carbonatadas, aumento de sodio en las comidas, obesidad infantil y riesgo metabólico relacionado con la eliminación de calcio por la orina.
- b) *Hiper calciuria:* Se define como la situación clínica donde existe un aumento sostenido en la eliminación urinaria de calcio en ausencia de hipercalcemia; es una tubulopatía específica consistente en un defecto en la reabsorción tubular de calcio y niveles elevados de

parathormona (PTH) y adenosina monofosfato cíclico (AMPc) urinarios, que produce una excreción excesiva de calcio urinario.

- c) Riñón Multiquistico: Puede ser unilateral o bilateral y suele acompañarse de uropatía obstructiva; el tamaño del riñón es variable y los quistes se localizan en particular en la corteza. El riñón multiquistico unilateral es asintomático si el otro riñón es normal, pero en forma bilateral se asocia con otras anomalías, tales como comunicación interventricular cardíaca, fístula traqueoesofágica, mielomeningocele lumbosacro, propiciando la muerte durante los primeros seis meses de vida.
- d) Fusión renal: Las masas renales pueden estar anormalmente fusionadas por uno o ambos polos; en el primer caso se denomina "riñón en herradura" y en el segundo, "riñón anular" o "en torta".
- e) Estenosis pieloureteral: Se trata de una obstrucción de las vías urinarias altas; ordinariamente es de naturaleza congénita y tiene como base orgánica una estenosis intrínseca o compresión externa. En ocasiones se asocia a riñones ectópicos o fusionados.

Conforme a las descripciones previas, se advierte que las patologías renales tanto congénitas como adquiridas son variadas y complejas, adquiriendo mayor relevancia en términos de salud debido a las consecuencias orgánicas, que interpretando a Arias (2012), Renke y Denker (2013), incluyen efectos nocivos sobre las funciones celulares y el metabolismo, volumen y composición de los líquidos corporales, disfunción de los hematíes y del músculo esquelético, hipertrigliceridemia (gran incremento de triglicéridos en sangre) y/o disminución de la capacidad del riñón para concentrar la orina, lo que produce isostenuria y lleva a poliuria y nicturia, así como a hiponatremia debido a la retención de agua.

Por otro lado, sabiendo que los diferentes sistemas del organismo humano se encuentran íntimamente vinculados y funcionan en armonía en ausencia de enfermedad, las patologías renales tienen repercusiones en la cavidad oral, cuestión que se desarrolla detenidamente en la siguiente sección.

2.2.2 Alteraciones Bucodentales asociadas a la Patología Renal

Según sostienen Plaza y Silvestre (2007), algunas manifestaciones orales en el paciente renal se deben a los cambios que ocurren en el organismo como producto de la nefropatía y otras, debido a la ingesta de los medicamentos indicados para su tratamiento.

Por su parte Cameron y Widmer (2008), consideran que los cambios estomatológicos observables en pacientes con disfunción renal afectan dientes, hueso, mucosas, función secretora salival y nociceptiva; seguidamente, se categorizan las diversas manifestaciones encontradas de acuerdo a la revisión de la literatura, organizadas de acuerdo al tipo de tejido, así como en relación al flujo salival.

Manifestaciones en tejidos duros

1. Hipoplasia del esmalte: Cameron y Widmer (2008), señalan que esta manifestación se encuentra estrechamente asociada al momento en que comienza la nefropatía y es más evidente o severa en aquellos niños cuyos dientes se encontraban en etapa de formación, desarrollo o mineralización al desencadenarse la insuficiencia renal, por lo cual el esmalte adquiere un color verdoso o pardo debido a la incorporación de productos hematológicos. De manera pues, la hipoplasia del esmalte altera la constitución del esmalte y consecuentemente de la dentina, lo cual ocurre antes de su erupción y

aunque puede atribuirse a deficiencias nutricionales, trastornos endocrinos, discrasia sanguínea o ingesta de sustancias tóxicas, es un signo clásico de patología renal, pues ésta altera el metabolismo de calcio y fosfato, responsables de la mineralización dental. Puede presentarse como manchas, estrías o bandas profundas que provocan la discontinuidad de la superficie del esmalte, cuyo tamaño varía de acuerdo al inicio de la enfermedad renal y su severidad.

2. Retardo eruptivo: Plaza y Silvestre (2007), afirman que la disfunción renal puede interferir en el desarrollo y erupción de acuerdo a la pauta establecida para la dentición decidua y permanente, debido a que en su tratamiento se administra hierro en forma oral a fin de aliviar la anemia que típicamente se presenta como consecuencia de la disminución en la producción de eritropoyetina.

3. Microdoncia: Si bien esta alteración del tamaño de uno o más dientes se relaciona con un patrón hereditario autosómico dominante, en el caso de los niños con nefropatía puede presentarse; así lo aseguran Martins, Siqueira y Guimaraes (2008), explicando que los trastornos metabólicos que desencadena la disfunción renal pueden influenciar cambios en la morfología dentaria.

4. Oligodoncia o hipodoncia: La ausencia congénita de uno o varios dientes, según sostienen Plaza y Silvestre (2007), se vincula también con los trastornos metabólicos consecuentes a la patología renal. Incluso, dichos autores argumentan que la hipodoncia en estos pacientes puede darse en premolares inferiores, incisivos laterales superiores y terceros molares.

5. Erosión: La pérdida del tejido dental duro que se encuentra en la superficie de los dientes, se debe normalmente a procesos químicos o ataques ácidos, sin involucrar la placa bacteriana. Cameron y Widmer (2008), afirman que este tipo de alteración es habitual en el paciente pediátrico renal debido a las regurgitaciones y vómitos frecuentes inducidos por la uremia

(concentración de urea en los fluidos orgánicos), así como por la administración de fármacos orales ácidos y la diálisis.

6. Hiper cementosis: Se trata de la formación excesiva de cemento sobre la superficie de la raíz de uno o más dientes; de acuerdo con Martins, Siqueira y Guimaraes (2008), esta alteración es inducida por procesos inflamatorios y ciertos trastornos metabólicos, como los ocasionados por la disfunción renal.

En este punto, debe señalarse que todos los autores previamente citados coinciden que en el niño con nefropatía la incidencia de caries dental suele ser reducida, ya que la cantidad de urea en saliva aumenta el pH bucal y repercute directamente en los microorganismos productores de caries, otorgando cierto nivel de protección y evitando su progresión, si bien existe propensión a la formación de cálculo.

De igual forma, parece existir entre niños y adolescentes con disfunción renal severa tendencia a la maloclusión así como también pérdida de la lámina dura en el hueso alveolar en los maxilares, todo ello vinculado a la osteodistrofia renal. En fin, sintetizando a partir de las descripciones previas, se evidencia que las patologías renales desencadenan diversas alteraciones en los tejidos duros del sistema estomatognático y por tanto, la importancia del constante control odontológico del paciente pediátrico a fin de evitar secuelas funcionales y estéticas.

Manifestaciones en tejidos blandos

1. Lengua geográfica: También conocida como glositis migratoria benigna, glositis exfoliativa marginada o glositis exfoliativa marginal, es una condición inflamatoria benigna en la que se presenta áreas eritematosas despapiladas, rodeadas por márgenes bien marcados en la superficie dorsal

de la lengua, las cuales aparecen y desaparecen en un período de pocos días, siendo generalmente indoloras o, en todo caso, causar una sensación de ardor o escozor, especialmente después del contacto con ciertos alimentos; la coexistencia con fisuras se nota a menudo, siendo por ello también llamada lengua geográfica-escrotal. En general, esta entidad es originada por déficits minerales y/o vitamínicos, razón por la que en los niños con patología renal es habitual en razón del alto grado de desnutrición que suelen presentar.

2. Estomatitis: En pacientes con enfermedad renal aguda o crónica se pueden observar elevados niveles de urea, que contribuyen al desarrollo de estomatitis urémica, que clínicamente presenta placas distribuidas principalmente en mucosa oral, lengua y piso de boca, a veces acompañadas de dolor y/o sensación de ardor. También puede presentarse como placas blancas sobre la mucosa vestibular y el dorso o vientre de la lengua, denominada estomatitis urémica hiperparaqueratósica, que suele coexistir con candidiasis.

3. Ulceraciones: Se trata de lesiones pálidas o amarillentas, rodeadas de un anillo rojizo, en carrillos, encías y/o lengua, que aparecen en el paciente renal como respuesta de atrofia de las mucosas ante la uremia misma, toxicidad del epitelio y por la anemia asociada, lo que las hace más sensibles a la irritación física; el dolor acompañante usualmente es debido a infección secundaria.

4. Enfermedad periodontal: Las afecciones en los tejidos periodontales (gingivitis, periodontitis), han sido reportadas como una manifestación oral frecuente en el paciente renal, lo cual se explica en razón de las alteraciones funcionales que induce la uremia en el sistema inmunitario, particularmente en la respuesta del huésped a la carga de microorganismos gram negativos subgingivales; asimismo, puede presentarse pérdida del límite de la unión mucogingival. Por otro lado, en pacientes sometidos a trasplante de riñón,

puede desarrollarse hiperplasia gingival, efecto colateral causado por la administración de ciclosporina, fármaco inmunosupresor.

Adicional a las manifestaciones mencionadas, el paciente pediátrico según Martins, Siqueira y Guimaraes (2008), puede presentar palidez en las mucosas orales, como efecto de la anemia producida por las nefropatías, así como sangramiento gingival no asociado a patología periodontal y telangiectasia, la cual consiste en dilatación de los capilares y vasos superficiales de la mucosa oral; estas dos últimas manifestaciones parecen ser secundarias al descenso en la producción de eritropoyetina o como efecto secundario de los fármacos inmunosupresores en pacientes sometidos a trasplante renal.

Desde todo lo anteriormente mencionado, se comprende que la atención odontológica permanente del paciente pediátrico que presenta alguna nefropatía es indispensable, a fin de prever o tratar oportunamente las manifestaciones que dicha patología desencadena en los tejidos blandos orales, teniendo en cuenta que algunas de ellas pueden representar riesgo de complicación séptica.

Manifestaciones en flujo salival

En el paciente afectado por patología renal, es bastante frecuente el síntoma de boca seca o xerostomía, término que según los postulados formulados por Plaza y Silvestre (2007), Cedeño, Rivas y Tuliano (2013), define la sensación subjetiva de sequedad en la boca, lo cual puede objetivarse al comprobar una disminución del flujo salival inferior a la mitad, tanto en reposo como con estímulo, teniendo en cuenta que la secreción media de saliva en reposo es de 0,2-0,4 mililitros por minuto (mL/min) y la estimulada de 1-2 mL/min. Sin embargo, el umbral de la sensación de boca

seca es variable en cada persona pues no todos los casos de hipofunción salival se acompañan de sequedad bucal y por tanto, la poca salivación no siempre es sinónimo de xerostomía.

En todo caso, se acepta que la hiposalivación en el paciente con nefropatía puede indicar una disfunción de las glándulas salivales, que se presenta como efecto secundario de algunos medicamentos xerostomizantes, especialmente los inmunosupresores indicados al paciente trasplantado; asimismo, se postula que la sensación subjetiva de boca seca se puede atribuir a factores psicológicos, como son ansiedad y depresión, consecuentes al precario estado de salud inducido por la disfunción renal, los procedimientos médicos implementados y las limitaciones que todo ello impone para la realización de las actividades de la vida diaria.

En este punto, parafraseando a Acosta (2008), es importante insistir en la importancia de la atención odontológica sistemática del paciente pediátrico nefropático, pues el flujo salival es indispensable para limpiar y mantener humectadas las mucosas bucales, facilitar el habla, masticación y deglución, así como mantener el equilibrio de los microorganismos del ambiente oral que intervienen en la formación de caries y enfermedad periodontal.

2.3 Definición de Términos Básicos

Adquirida: Patología o alteración que se desarrolla después del nacimiento.

Aguda: Término aplicado a la enfermedad que aparece de forma repentina y violenta, pero que presenta corta duración.

Anemia Drepanocítica: Tipo de anemia donde los glóbulos rojos o eritrocitos tienen una hemoglobina defectuosa, lo cual hace que estas células, normalmente redondas y flexibles, se vuelvan rígidas y tomen la forma de una hoz o media luna lo que causa un deterioro en su función.

Cálculo renal: Formación de litos (piedras) debido a la cristalización de sustancias excretadas en la orina; los más comunes suelen ser de calcio, aunque también pueden ser de ácido úrico o estruvita, este último típico luego de una infección del sistema urinario.

Congénita: Patología o alteración ocurrida durante el desarrollo intrauterino, con o sin carácter hereditario.

Crónica: Término aplicado a la enfermedad que se mantiene por un período de tiempo prolongado: meses o años.

Despapilada: Área de la lengua desprovista de papilas gustativas.

Diálisis: Procedimiento clínico mediante el cual se extraen las toxinas y el exceso de agua de la sangre, como terapia sustitutiva tras la pérdida de la función renal.

Fallo multiorgánico: Cuadro clínico secuencial, en donde tras el tratamiento de una lesión (traumática, quirúrgica, infecciosa, otra), el paciente se recupera, pero a los días aparece de forma rápida una afectación progresiva de varios órganos o sistemas.

Fármaco inmunosupresor: Medicamento recetado para suprimir la respuesta inmunológica para prevenir el rechazo del organismo a un estímulo antigénico externo, como un riñón trasplantado.

Hipercalcemia: Trastorno hidroelectrolítico que consiste en la elevación de los niveles de calcio plasmático por encima de 10.5 mg/dL.

Hiperplasia gingival: Agrandamiento de las encías no relacionada con la enfermedad periodontal.

Hipoplasia: Desarrollo incompleto o detenido de un órgano o parte de este.

Hiposalivación: Disminución del flujo salival.

Isostenuria: Estado de insuficiencia renal en la que se genera de forma constante una orina de baja densidad.

Mineralización: Proceso mediante el cual la unidad dental acumula grandes cantidades de minerales que forman cristales complejos, lo cual les da su cualidad de tejido duro.

Nefropatía: Patología del riñón; por extensión, a los componentes del sistema urinario.

Nicturia: Expulsión involuntaria y/o aumento en la emisión nocturna de orina.

Osteodistrofia renal: Conjunto de alteraciones óseas que se observan en la uremia, por retención de fósforo, alteración del metabolismo de la vitamina D y del mecanismo de regulación entre parathormona y calcio.

Prevalencia: Número de personas con una afección determinada en una población dada.

Poliuria: Gasto urinario excesivo por emisión de un volumen excesivo de orina.

Regurgitación: Paso de los alimentos contenidos en el estómago o esófago hacia la boca, sin que existan náuseas ni esfuerzos de vómito.

Riñón: Órgano principal del sistema urinario.

Séptico: Presencia de una infección y de síntomas característicos de una respuesta inflamatoria en la cavidad bucal.

Tubulopatía: Toda afección aguda o crónica que afecta a los túbulos renales.

Uretra/Uréteres: Conductos por el que pasa la orina desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo durante la micción.

Vejiga: Depósito muscular y membranoso en forma de bolsa que recoge y almacena la orina que secretan los riñones.

Xerostomizante: Fármaco con capacidad para alterar el funcionamiento de las glándulas salivales y reducir el flujo de saliva, causando xerostomía.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico, es el apartado del trabajo que da el giro a la investigación, es decir, en donde se expone la manera como se va a realizar el estudio, los pasos para realizarlo, su método. En tal sentido Arias (2009), expone: “La metodología es el conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas” (p.16); en el presente caso, se definen y describe tipo y diseño de investigación, población y muestra, técnicas de recolección y análisis de datos, procedimientos y sistema de variables.

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

Toda investigación debe describirse desde el punto de vista de los métodos que serán empleados para alcanzar los objetivos; en el caso del presente estudio, es una tipología de campo, que según Sierra (2009), se caracteriza porque “...Los problemas que estudia surgen de la realidad” (p. 59), definición que aplica pues fueron las propias investigadoras quienes recolectaron del escenario problema la información necesaria para comprobar los supuestos formulados.

Asimismo, la investigación se ajusta al nivel descriptivo, que según el autor previamente citado es aquella que se dirige a establecer “...La frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando dicho fenómeno (p. 57), ya que el propósito principal consistió en determinar la prevalencia de anomalías bucodentales en pacientes que padecen enfermedades renales con edades comprendidas entre 6 y 10 años durante Enero-Octubre de 2015.

Por otra parte, en cuanto a diseño, el estudio fue no experimental, cuantitativo transversal, lo que interpretando las afirmaciones elaboradas por Ramírez (2007), significa que no hubo manipulación de variables, los datos fueron de índole objetiva (indicadores numéricos de presencia/ausencia) y recolectados en un solo momento en el tiempo.

3.2 Población y Muestra

Cuando se habla de población, se hace referencia al conjunto de sujetos a estudiar; en efecto, para Orozco, Labrador y Palencia (2011), la población es “La precisión de la unidad de análisis o la descripción del entorno situacional de la investigación” (p. 83). En este caso, se trató de 132 pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de la ciudad de Valencia Estado Carabobo, durante los meses Enero-Octubre del año 2015.

En cuanto a la muestra, que en la opinión de Arias (2009), “Forma parte de la población y sirve para representarla” (p. 126), fue de tipo no probabilístico intencional, es decir, aquella donde el investigador decide quiénes formarán parte del muestreo; en efecto, se aplicó como criterio de inclusión la edad, por lo que únicamente se seleccionaron 38 infantes de 6 a 10 años atendidos durante el período Enero-Octubre del año 2015 en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Una técnica de recolección es, como refiere Ramírez (2007), “...una directriz metodológica que orienta científicamente la recopilación de

información, datos u opiniones” (p. 71), es decir, la forma de que se vale el investigador para recoger los datos relevantes para su estudio. Es por ello que de acuerdo a los objetivos del estudio, se empleó la técnica observación planificada, que según el autor citado previamente consiste en el uso de los sentidos para registrar las características de un problema, de acuerdo a un plan previsto.

Por otra parte, cada técnica de recolección exige la utilización de un instrumento a fin de registrar los datos de interés, acorde a la opinión de Sierra (2009); por ello, para la presente investigación se diseñó una ficha de registro con ocho ítems (Ver Anexo A), en la cual se anotaron los datos de interés obtenidos mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes que integraron la muestra: características demográficas (edad, sexo, procedencia), patología renal (tipo, origen) y manifestaciones orales (tejidos duros, tejidos blandos, flujo salival).

3.3.1 Validez y Confiabilidad

La validez de un instrumento, siguiendo las afirmaciones de Orozco, Labrador y Palencia (2011), se refiere a la capacidad que éste tiene para medir lo que quiere medir, siendo un requisito a cumplir antes de su aplicación; para satisfacer esta exigencia, la ficha de registro diseñada fue sometida a juicio de expertos, en este caso tres Odontólogos, quienes procedieron a confirmar que cumplió con los requisitos de pertinencia, claridad y coherencia (Ver Anexo B).

En cuanto a confiabilidad, debido a que la ficha de registro fue diseñada siguiendo el modelo de la historia clínica, instrumento ampliamente utilizado en Ciencias de la Salud, no se estimó preciso efectuar una prueba piloto para calcular índice de confiabilidad, considerando asimismo que este requisito es innecesario una vez que el panel de expertos otorgue su visto bueno.

3.4 Técnicas de Análisis de la Información

En este particular Ramírez (2007) y Arias (2009), coinciden en que una vez en posesión de los resultados arrojados por el instrumento de recolección, el investigador debe acometer una serie de pasos; por ello, la información obtenida fue organizada, codificada y clasificada atendiendo a los objetivos específicos planteados, procediendo luego a plasmarla en tablas y gráficos de frecuencia haciendo uso de la estadística descriptiva y, posteriormente a su análisis interpretativo a la luz de los fundamentos teóricos, así como a su discusión en contraste con los hallazgos reportados en investigaciones similares, todo lo cual permitió extraer las conclusiones y recomendaciones consecuentes.

3.5 Procedimientos

1. En relación a los requisitos bioéticos, por cuanto la labor de recolección de las investigadoras se limitó a la revisión de historias clínicas, por lo que no se requirió consentimiento informado.

2. Para iniciar, se solicitó acceso al área de historias clínicas del Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, a objeto de revisar y seleccionar las anamnesis de acuerdo al criterio de inclusión asignado.

3. Se consignaron en cada ficha de registro, una por cada paciente, única y exclusivamente los datos de interés para la investigación: características demográficas, patología renal y manifestaciones orales.

4. Culminada la recolección de datos, se procedió a la realización de los procedimientos estadísticos, análisis y discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones, dando por culminado el proceso de investigación.

3.6 Sistema de Variables

Una variable, tal como señalan Orozco, Labrador y Palencia (2011), "... es una propiedad característica o cualidad que es susceptible de asumir diferentes valores, cuantitativa o cualitativamente" (p. 26), las cuales deben ser definidas conceptual y operacionalmente; para el presente estudio, se consideraron las siguientes definiciones conceptuales:

Características demográficas: Precisión de los grupos etéreos (edad), género (sexo) y municipio de residencia (procedencia)

Patología renal: Identificación de tipo (aguda, crónica) y origen (congénito, adquirido)

Manifestaciones orales: Determinación de alteraciones de tejidos duros, blandos y flujo salival.

Por otro lado, como se mencionó, las variables se deben definir operacionalmente, lo que de acuerdo a Sierra (2009), constituye el sistema de variables, organización de los aspectos que son tratados en el estudio desglosados en dimensiones, indicadores y criterios, que en la presente investigación se realiza en el siguiente cuadro técnico metodológico:

CUADRO TÉCNICO METODOLÓGICO

Objetivo General: Determinar la prevalencia de anomalías a nivel bucodental en pacientes que padecen enfermedades renales con edades comprendidas entre 6 y 10 años en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Estado Carabobo durante el año 2015

| Variables | Dimensiones | Indicadores | Criterios | Ítems | Instrumento | Fuente |
|------------------------------|-----------------|--|---------------------------|-------|-------------------|---|
| Características demográficas | Edad | Edad cronológica | 6 - 10 años | 1 | Ficha de registro | Historias clínicas de pacientes pediátricos (6-10 años) atendidos en el Servicio de Nefrología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” |
| | Sexo | Género | Femenino Masculino | 2 | | |
| | Procedencia | Lugar de residencia | Local Regional | 3 | | |
| Patología renal | Aguda | Glomeruloesclerosis Hidronefrosis Hipoplasia Displasia Otras | Presencia | 4 | | |
| | Crónica | | Ausencia | | | |
| | Origen | Congénita | Presencia | 5 | | |
| | | Adquirida | Ausencia | | | |
| Manifestaciones orales | Tejidos duros | Hipoplasia del esmalte Retardo eruptivo Microdoncia Oligodoncia Erosión dental Hiper cementosis Otra | Presencia Ausencia | 6 | | |
| | Tejidos blandos | Lengua geográfica Estomatitis Ulceración Enfermedad periodontal Otra | | 7 | | |
| | Flujo salival | Xerostomía | | 8 | | |

Fuente: Chacón y Martínez (2015)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Considerando el criterio de inclusión asignado para la selección de la muestra, la revisión de historias clínicas en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” arrojó un total de 38 pacientes, siendo excluidas las pertenecientes a niños y niñas con edades inferiores a 6 y superiores a 10 años; asimismo, se descartaron las anamnesis de los pacientes que se encontraban en el rango etario asignado pero que presentaban datos incompletos respecto su estatus de salud odontológica, específicamente aquellas consideradas como manifestaciones bucodentales de patología renal.

Así pues, una vez finalizada la selección, se procedió a registrar los datos requeridos de acuerdo a las dimensiones y criterios establecidos en la operacionalización de variables, procediendo luego a plasmarlos en tablas de frecuencias: absoluta ($f_a=n$); relativa ($f_r=\%$) y gráficos porcentuales, ítem por ítem en el caso de la variable características demográficas y según dimensioe para las variables patología renal y manifestaciones orales.

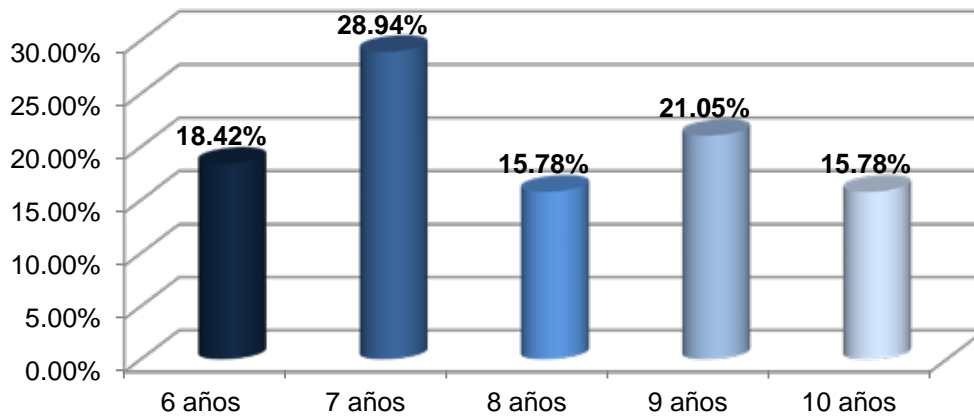
4.1.- Variable Características Demográficas

Tabla 1. Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según edad

| Edad | fa (n) | fr (%) |
|----------------|-----------|----------------|
| 6 | 7 | 18.42 |
| 7 | 11 | 28.94 |
| 8 | 6 | 15.78 |
| 9 | 8 | 21.05 |
| 10 | 6 | 15.78 |
| Totales | 38 | 100.00% |

Fuente: Chacón y Martínez (2015)

Gráfico 1. Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según edad



Fuente: Chacón y Martínez (2015)

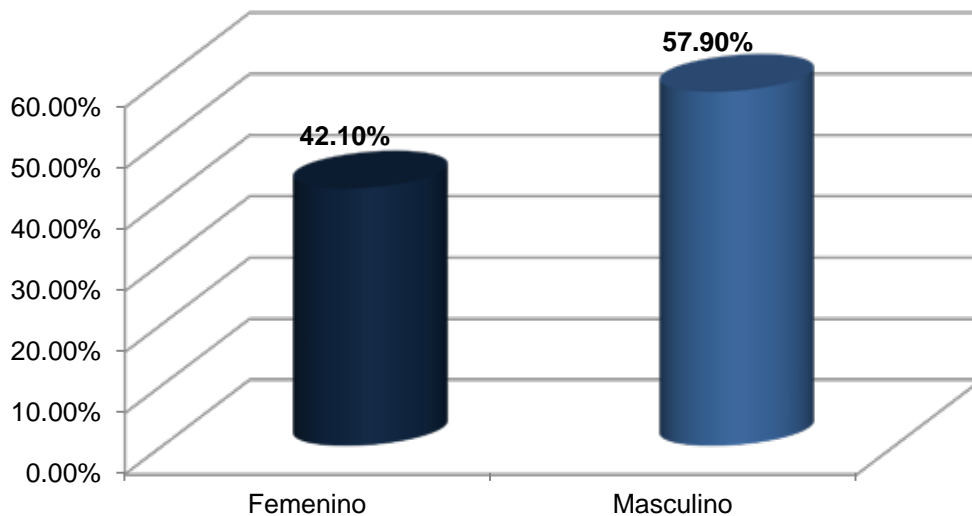
Según se advierte en Tabla/Gráfico 1, la edad prevalente en la muestra seleccionada se identificó en 7 años cronológicos (28.94%), distribuyéndose la tasa restante en las edades nueve (21.05%) y seis (18.42%), obteniendo idéntico resultado porcentual las edades ocho y diez años (15.78% respectivamente), lo cual sugiere que la proporción de sujetos en la etapa de la segunda infancia tiene significación epidemiológica.

Tabla 2. Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según género

| Sexo | fa (n) | fr (%) |
|----------------|-------------------|-------------------|
| Femenino | 16 | 42.10 |
| Masculino | 22 | 57.90 |
| Totales | 38 | 100.00% |

Fuente: Chacón y Martínez (2015)

Gráfico 2. Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según género



Fuente: Chacón y Martínez (2015)

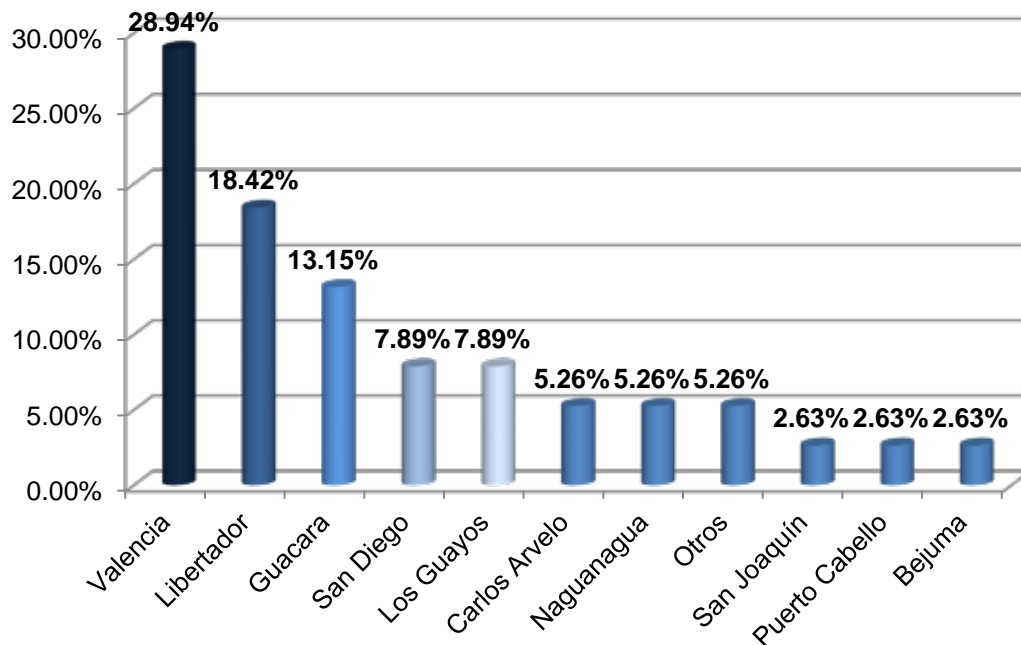
Como se verifica en Tabla/Gráfico 2, en la muestra de estudio prevaleció el género masculino (57.90%), en una proporción aproximada 2:1, demostrando de tal forma que en el período contemplado, las patologías renales fueron más frecuentes en varones que en hembras.

Tabla 3. Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según procedencia

| Municipio | fa (n) | fr (%) |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Valencia | 11 | 28.94 |
| Libertador | 7 | 18.42 |
| Guacara | 5 | 13.15 |
| San Diego | 3 | 7.89 |
| Los Guayos | 3 | 7.89 |
| Carlos Arvelo | 2 | 5.26 |
| Naguanagua | 2 | 5.26 |
| Otros (foráneos) | 2 | 5.26 |
| San Joaquín | 1 | 2.63 |
| Puerto Cabello | 1 | 2.63 |
| Bejuma | 1 | 2.63 |
| Totales | 38 | 100.00% |

Fuente: Chacón y Martínez (2015)

Gráfico 3. Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según procedencia



Fuente: Chacón y Martínez (2015)

Para culminar con la data demográfica, en Tabla/Gráfico 3 se confirma que en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” prevalecen los pacientes procedentes del Municipio Valencia (28.94%), seguido por los municipios Libertador (18.42%) y Guacara (13.15%), mientras el porcentaje restante se distribuyó entre otras entidades municipales del Estado Carabobo e incluso foráneas, pues dos pacientes (5.26%) residen, uno en el Estado Aragua y otra en el Estado Aragua.

En todo caso, conforme a los resultados obtenidos para este indicador, en la región central, específicamente en el territorio carabobeño y especialmente en Valencia, la presencia de nefropatías en infantes es significativa.

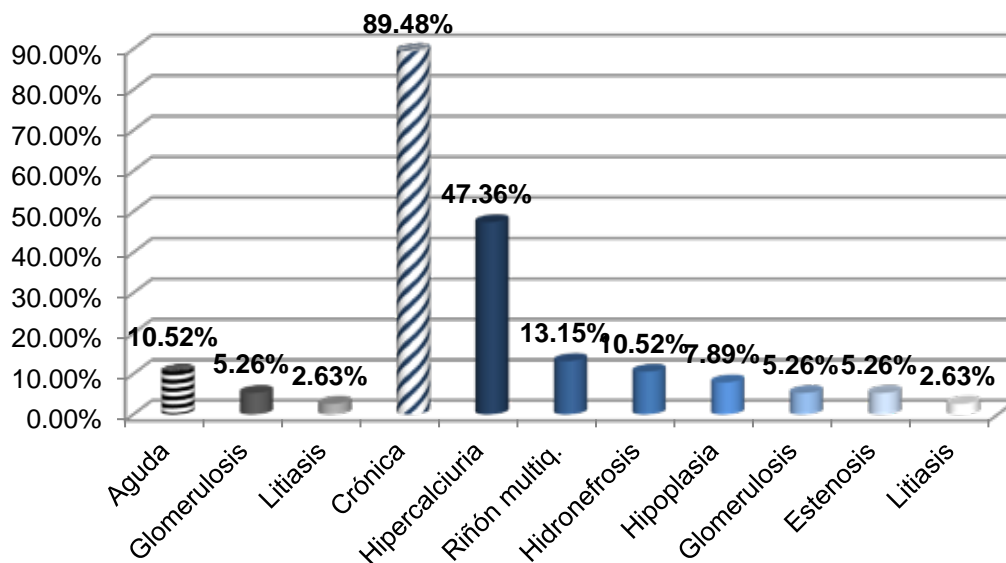
4.2.- Variable Patología Renal

Tabla 4. Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según tipo de patología renal

| Tipo | | <i>fa</i> (<i>n</i>) | Fr (%) |
|----------------|---------------------|---------------------------|---------------|
| Aguda | Glomerulosis | 2 | 5.26 |
| | Litiasis | 1 | 2.63 |
| | Subtotales | 4 | 10.52% |
| Crónica | Hipercalciuria | 18 | 47.36 |
| | Riñón multiquístico | 5 | 13.15 |
| | Hidronefrosis | 4 | 10.52 |
| | Hipoplasia | 3 | 7.89 |
| | Glomerulosis | 2 | 5.26 |
| | Estenosis | 2 | 5.26 |
| | Litiasis | 1 | 2.63 |
| | Subtotales | 34 | 89.48% |
| Totales | 38 | 100.00% | |

Fuente: Chacón y Martínez (2015)

Gráfico 4. Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según tipo de patología renal



Fuente: Chacón y Martínez (2015)

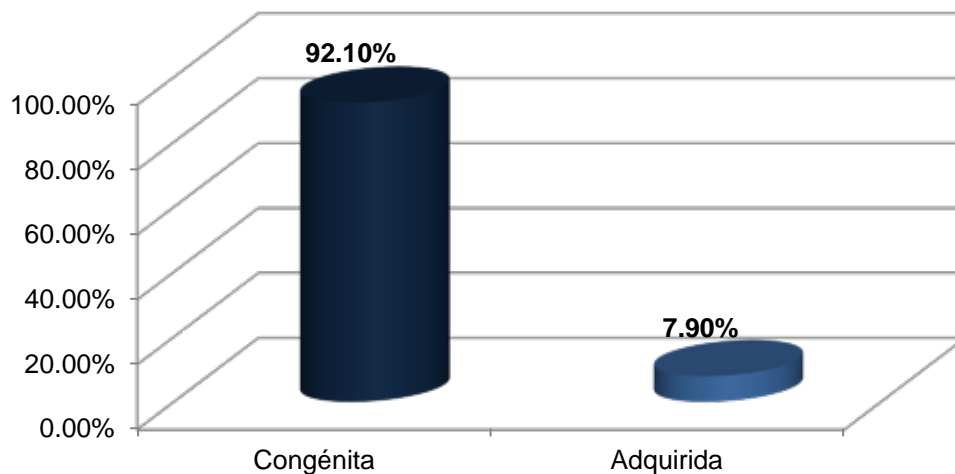
De acuerdo a los datos contenidos en Tabla/Gráfico 4, prevalecieron las patologías renales de tipo crónico, en el orden de 89.48%, mientras la nefropatía prevalente resultó ser la hipercalciuria con 47.36%, distribuyéndose la restante tasa entre varios tipos de alteraciones, donde el riñón multiquístico fue relativamente frecuente (13,15%), mientras la litiasis o cálculos renales reveló escasa presencia (2.63%). Por consiguiente, en la muestra estudiada es evidente la recurrencia de la tubulopatía renal que produce en el niño la eliminación urinaria del calcio, no concomitante con hipercalcemia.

Tabla 5. Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según origen de la patología renal

| Origen | fa (n) | fr (%) |
|----------------|-------------------|-------------------|
| Congénita | 35 | 92.10 |
| Adquirida | 3 | 7.90 |
| Totales | 38 | 100.00% |

Fuente: Chacón y Martínez (2015)

Gráfico 5. Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según origen de la patología renal



Fuente: Chacón y Martínez (2015)

Conforme a la información reflejada en Tabla/Gráfico 5, en una tasa mínima de los pacientes que integraron la muestra (7.90%) la etiología de la patología renal fue adquirida, siendo importante acotar que en dos pacientes se trató de glomerulosis asociadas a infecciones frecuentes, mientras en el caso de litiasis la causa fue obesidad y consumo excesivo de bebidas carbonatadas (refrescos, gaseosas). Asimismo, en las nefropatías congénitas (92.10%), la mayoría se correspondió a problemas durante el desarrollo intrauterino (malformaciones), siendo mínimos los factores hereditarios.

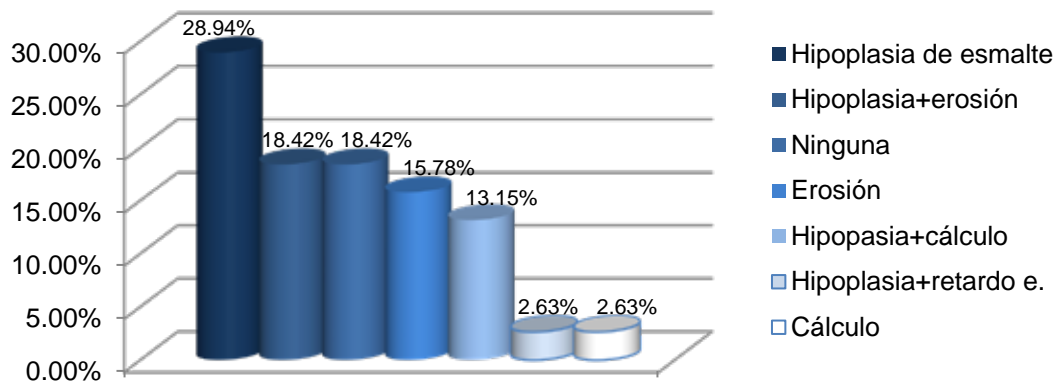
4.3.- Variable Manifestaciones Orales

Tabla 6. Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según manifestaciones orales en tejidos duros

| Manifestaciones en tejidos duros | fa (n) | fr (%) |
|--|-----------|----------------|
| Hipoplasia de esmalte | 11 | 28.94 |
| Hipoplasia de esmalte + erosión | 7 | 18.42 |
| Ninguna | 7 | 18.42 |
| Erosión | 6 | 15.78 |
| Hipoplasia de esmalte + cálculo | 5 | 13.15 |
| Hipoplasia de esmalte + retardo eruptivo | 1 | 2.63 |
| Cálculo | 1 | 2.63 |
| Totales | 38 | 100.00% |

Fuente: Chacón y Martínez (2015)

Gráfico 6. Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según manifestaciones orales en tejidos duros



Fuente: Chacón y Martínez (2015)

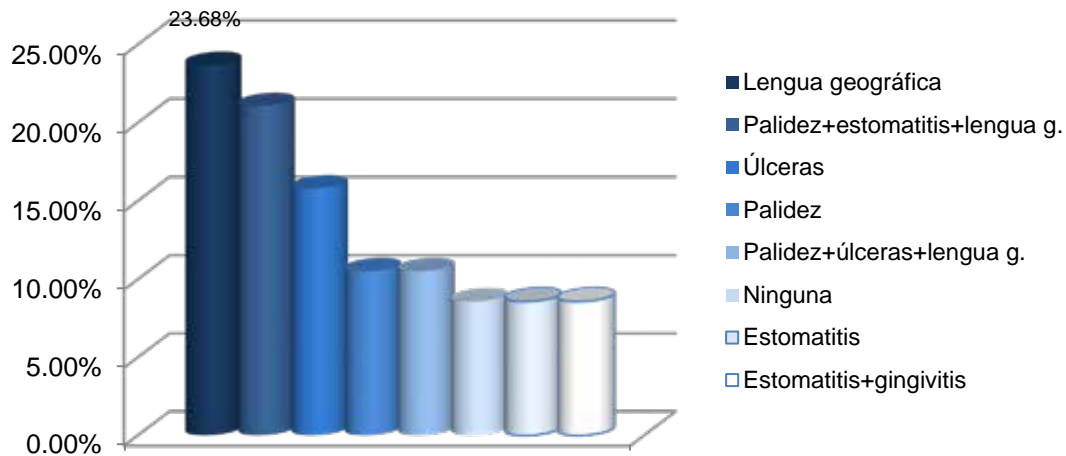
En Tabla/Gráfico 6, se confirma que en tejidos duros orales prevaleció la hipoplasia del esmalte aislada (28.94%), así como combinada con erosión (18.42%) y otras alteraciones en unidades dentales; asimismo, se confirmó que no se reportaron alteraciones en estructuras óseas y que 18.42% de la muestra no presentó ningún tipo de manifestación.

Tabla 7. Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según manifestaciones orales en tejidos blandos

| Manifestaciones en tejidos duros | fa (n) | fr (%) |
|--|---------------|----------------|
| Lengua geográfica | 9 | 23.68 |
| Palidez de mucosas + estomatitis + lengua geográfica | 8 | 21.05 |
| Úlceras | 6 | 15.78 |
| Palidez de mucosas | 4 | 10.52 |
| Palidez de mucosas + úlceras + lengua geográfica | 4 | 10.52 |
| Ninguna | 3 | 8.57 |
| Estomatitis | 3 | 8.57 |
| Estomatitis + gingivitis | 3 | 8.57 |
| Totales | 38 | 100.00% |

Fuente: Chacón y Martínez (2015)

Gráfico 7. Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según manifestaciones orales en tejidos blandos



Fuente: Chacón y Martínez (2015)

Desde los datos contenidos en Tabla/Gráfico 7, se verifica el amplio repertorio de las manifestaciones en tejidos orales blandos de la muestra seleccionada; por un lado, pareciera haber prevalecido la lengua geográfica

(23.68%) más sin embargo, la frecuencia de palidez de mucosas en combinación con otras alteraciones fue evidente pues aunque en forma aislada obtuvo escasa presencia (10.52%), también se identificó acompañada con lengua geográfica y estomatitis (21.05%) y úlceras (10.52).

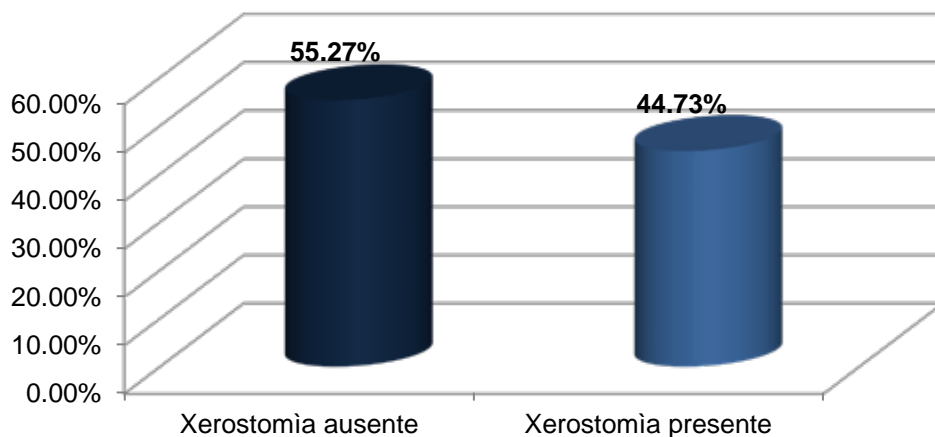
Asimismo, la tasa restante (12%) se distribuyó paritariamente entre estomatitis, estomatitis más gingivitis y la ausencia de manifestaciones en tejidos orales blandos, lo cual sugiere que las mismas podrían estar vinculadas al tiempo de evolución de la patología renal, la terapia farmacológica indicada para su tratamiento e incluso, del estado nutricional del paciente.

Tabla 8. Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según manifestación en el flujo salival

| Xerostomía | fa (n) | fr (%) |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Ausente | 21 | 55.27 |
| Presente | 17 | 44.73 |
| Totales | 38 | 100.00% |

Fuente: Chacón y Martínez (2015)´

Gráfico 8. Distribución porcentual de los pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero-Octubre 2015, según manifestación en el flujo salival



Fuente: Chacón y Martínez (2015)´

Tal como se advierte en Tabla/Gráfico 8, se encuentra la manifestación en el flujo salival vinculada a nefropatía, encontrando que 17 pacientes (44.73%) presentaron xerostomía, lo cual sugiere que un sector importante de la muestra podría estar presentando disfunción de las glándulas salivales como efecto colateral de los fármacos recetados para el tratamiento de la patología renal.

4.4.- Discusión de Resultados

Los hallazgos obtenidos en relación a la variable características demográficas se asemejan a los reportados en investigaciones de similar corte y confirman que los respectivos indicadores han mantenido ciertas tendencias a través del tiempo; por ejemplo, en los estudios realizados por Oliveros y cols. (2000), Saulny y cols. (2003), Acosta (2008), Acosta y cols. (2013), como en el presente caso, la edad promedio fue de 7 años, lo cual podría significar que algunas nefropatías revelan síntomas, son diagnosticadas y tratadas una vez que el infante supera la primera infancia.

Asimismo, en las investigaciones citadas en el párrafo anterior también se confirmó prevalencia del sexo masculino; en tal sentido, la literatura revisada indica que el factor género parece ser importante en las patologías renales, convalidando la prevalencia del sexo masculino en el presente estudio; al respecto, cabe señalar que de acuerdo con Arias (2012), los varones serían más propensos a presentar malformaciones congénitas del sistema urinario, probablemente debido a sus características anatómicas.

Pasando a la procedencia de los sujetos de la muestra del presente estudio, la mayoría de los infantes reside en el Municipio Valencia del Estado Carabobo, dato que resulta significativo al contrastarlo con los resultados obtenidos por Flores y Montilva (2012), Gómez y Padilla (2014), quienes en estudios también realizados en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, demostraron que la mayoría de los integrantes de sus respectivas muestras procedían de dicha entidad municipal.

En relación a la variable patología renal, se recuerda que en la presente investigación la entidad prevalente fue la hipercalciuria; este hallazgo, encuentra concordancias y discrepancias en estudios semejantes; Acosta y cols. (2013), en el mismo servicio hospitalario, verificaron en niños con

edades comprendidas entre 1 y 13 años el predominio de la hipercalciuria (58%), pero como segunda entidad identificaron litiasis (18%), que en este caso tuvo mínima presencia (2.63%).

De igual forma Gómez y cols. (2013), en una muestra de 100 niños del grupo etáreo 6-12 años, encontraron que 21% presentó hipercalciuria y 92% de dicha tasa tenía antecedentes familiares de primer o segundo grado de litiasis renal.

Es por ello que, teniendo en cuenta la opinión de expertos en la materia como Gordillo y cols. (2010), Acosta (2012), Rennke y Denker (2013), quienes aseguran que muchas veces la hipercalciuria se asocia a la presencia de cálculos renales, se infiere que en los pacientes tomados en cuenta para este estudio dicha tubulopatía podría tener componente hereditario o ser de etiología idiopática, teniendo en cuenta, como ya se mencionó, que sólo se identificó un caso de litiasis.

Para proseguir con la discusión, en tal sentido se encuentran Ibarra y Muñoz (2012), quienes en un estudio realizado en la ciudad de Caracas con 20 pacientes en edades comprendidas entre un mes y 12 años de edad, predominó el reflujo vesicoureteral (25%) y la hipoplasia unilateral derecha, mientras en España Areses y cols. (2010), en una muestra de 605 pacientes con edades comprendidas entre 0 y 18 años, verificaron alta recurrencia de riñón multiquístico (59%) e hipoplasia (14%).

Al diferir tales hallazgos respecto a los aquí reportados, se pone en evidencia que las nefropatías pediátricas son variables y estarían influenciadas por diversos factores que deben ser tomados en cuenta al momento del diagnóstico y por ende en su tratamiento.

De hecho, al caracterizar el origen de las patologías renales en esta investigación, casi la totalidad de los casos fueron de tipo crónico (89.48%), y de carácter congénito (92.10%), de acuerdo a la data consignada en las historias clínicas del período estudiado en el Servicio de Nefrología

Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, encontrando concordancia con lo reportado tanto por Rodríguez (2009), en el Estado Lara, como por Gómez y cols. (2013), en el Estado Falcón.

Ahora bien, con respecto a las manifestaciones en los tejidos duros orales, se recuerda que la alteración prevalente fue la hipoplasia del esmalte (28.94%), hallazgo que se asemeja a los reportados en el estudio realizado por Acosta y cols. en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el año 2013, cuya tasa fue de 30%.

Asimismo, estudios internacionales de semejante corte han confirmado aspectos de interés al respecto; por ejemplo Oliveira y cols. (2009), aseguran que muchos pacientes hipercalciúricos suelen presentar hipoplasias adamantinas si la patología se inició en la etapa de formación y desarrollo dental, en tanto Sapir y Shapira (2007), realizaron un estudio en 205 pacientes pediátricos jóvenes con insuficiencia renal crónica y encontraron que 61% presentaba hipoplasias de esmalte.

Por consiguiente, se puede interpretar que el desorden metabólico que provoca la homeostasis del calcio es un elemento a tener en cuenta, demostrando por tanto la relevancia que posee el diagnóstico precoz de la hipercalciuria y/o cualquier otra patología renal, teniendo en cuenta las consecuencias que la carencia de esmalte dental puede tener en términos de función y estética para el paciente.

Sin embargo, en otras investigaciones realizadas en el mismo escenario de estudio se informan resultados completamente dispares en relación a las manifestaciones en tejidos duros; en el caso de Oliveros y cols. (2000), las maloclusiones ocuparon el lugar predominante (94.7%), seguidas de manchas dentales (36.8%) e hipoplasia de esmalte (15.8%), en tanto que Gómez y Padilla (2014), reportan las siguientes tendencias: caries (69.23%), cálculo (30.76%), alteración de la articulación temporomandibular (15.38%) e hipoplasia de esmalte (7.69%).

Tales discrepancias, podrían atribuirse en primera instancia a las diferencias con respecto a la investigación que aquí se presenta, tales como tamaño y características de la muestra y, asimismo, a que en el presente estudio no se incluyeron los indicadores trastornos del ATM y caries. En este particular, se destaca que en relación a las lesiones cariosas, conforme a la literatura consultada, en el infante que cursa patología renal aumenta el pH bucal debido a la cantidad de urea en saliva, razón por la cual la incidencia de este tipo de lesión dental tiende a ser reducida en comparación con pacientes sistémicamente sanos.

Prosiguiendo con la discusión, se encuentran los hallazgos en cuanto a manifestaciones en tejidos orales blandos, donde la palidez de mucosas fue la característica predominante (debido a la anemia, lo cual es un signo típico en pacientes con insuficiencia renal crónica por disminución en la producción de la hormona eritropoyetina), aislada o concomitante a lengua geográfica, estomatitis y úlceras.

En este sentido, se observaron numerosas coincidencias con estudios similares revisados (Acosta, 2008; Flores y Montilva, 2012; Acosta y cols., 2013), lo cual indica que al contrario que en los tejidos dentales, donde los elevados contenidos de urea en saliva darían cierta protección contra la caries, en los tejidos blandos se suma a la medicación e incluso a los déficits mineral-vitamínicos típicos del niño nefropático para producir lesiones en lengua, carrillos, paladar y encías que además de dolor, pueden ser fuente de infección, agudizando el deterioro del bienestar del paciente.

En tal contexto, es pertinente señalar que en la investigación realizada por Burgos y Monsalve en el mismo servicio de nefrología pediátrica durante el año 2007, se advierte cómo en niños hipercalcémicos de 0 a 14 años prevaleció la estomatitis infecciosa en carrillos, especialmente en el grupo etario 3-6, confirmando de tal forma que los cambios metabólicos causados por la nefropatía desde temprana edad, aunados a la combinación de dieta y

medicación, pueden contribuir a agudizar las lesiones en tejidos blandos; de allí, la necesidad de una higiene bucal estricta acompañada de atención odontológica periódica y sistemática.

Ahora bien, respecto a los resultados obtenidos respecto a la manifestación en el flujo salival, donde alrededor de la mitad de los pacientes seleccionados para la muestra presentó xerostomía, se encontró consistencia con los porcentajes revelados en otros hallazgos recientes, como los publicados por Arsalan y cols. (2013) y Acosta y cols. (2013), aunque en el mismo escenario Gómez y Padilla (2014), reportaron sólo 15.38%, mientras por el contrario Díaz y cols. (2010) encontraron 93% de disminución del flujo salival, demostrado mediante pruebas de salivación espontánea y estimulada.

De lo mencionado previamente, se desprende que los cambios inducidos en las glándulas salivales por los cambios metabólicos generados por la patología renal y/o su tratamiento farmacológico deben objetivarse mediante pruebas específicas, sobre todo teniendo en cuenta que de acuerdo a lo sostenido por Cedeño y cols. (2013), la boca seca puede ser inducida transitoriamente por la ansiedad del paciente. Por consiguiente, se puntualiza que para la realización de estudios futuros semejantes en la población aquí estudiada sería conveniente realizar pruebas de flujo salival espontáneo y estimulado.

Para finalizar, al cruzar la data definitiva de las patologías renales y las alteraciones bucodentales, se confirmó cómo los pacientes con nefropatías crónicas presentaron una mayor y evidente proporción de manifestaciones en tejidos orales duros, blandos y en el flujo salival, lo que de acuerdo a Plaza y Silvestre (2007), se justifica en razón de que en la mayoría de las patologías agudas el tratamiento farmacológico durante un tiempo específico en conjunto con los cambios relativos a dieta y hábitos alimenticios y/o el control del agente etiológico que le da origen, evita que se desencadenen

graves trastornos metabólicos, generando en consecuencia menos efectos negativos en la cavidad oral.

Por el contrario, acorde a dichos autores, cuando se trata de patologías renales crónicas, las perturbaciones que éstas provocan en el funcionamiento del sistema urinario y por ende sus repercusiones en el organismo (funciones celulares, producción hormonal, metabolismo, volumen y composición de líquidos corporales), en conjunto con los efectos adversos de algunos fármacos, incrementan el riesgo de generar alteraciones a nivel estomatognático, directamente proporcionales a la severidad de la nefropatía, su evolución y el momento en que ésta se diagnostique y trate.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Culminado el proceso investigativo y conforme a los resultados obtenidos, se estiman cumplidos satisfactoriamente los objetivos trazados al inicio del mismo, tal como se argumenta seguidamente mediante las conclusiones parciales y finales:

1. Se precisaron las características demográficas de los pacientes con edades comprendidas entre 6 y 10 años atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el año 2015, encontrando que la edad promedio se situó en 7 años, con prevalencia del sexo masculino y en la procedencia del Municipio Valencia del Estado Carabobo.

2. Se identificó el tipo de patología renal de los pacientes con edades comprendidas entre 6 y 10 años atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el año 2015, confirmando el predominio de enfermedades de tipo crónico y congénito, siendo hipercalciuria la más representativa.

3. Se estableció la prevalencia de anomalías bucodentales de acuerdo a la patología renal en pacientes con edades comprendidas entre 6 y 10 años atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el año 2015, confirmando que en

tejidos orales duros predominó la hipoplasia de esmalte sola y combinada con erosión; de igual forma, en tejidos blandos destacó la palidez de mucosas aislada y concomitante a estomatitis, lengua geográfica y úlceras, mientras la manifestación en flujo salival evidenció xerostomía en algo menos de la mitad de la muestra de estudio y, finalmente, se verificaron porcentajes reducidos de ausencia de manifestaciones bucodentales vinculadas a las nefropatías.

En definitiva, dada la diversidad de repercusiones fisiopatológicas que presentan los niños con patología renal y específicamente en forma de manifestaciones bucodentales, se concluye que en este tipo de pacientes las interconsultas con Odontopediatría deberían ser establecidas lo más temprano posible ya que de esta forma el especialista, además de controlar las alteraciones en tejidos duros, blandos y/o en el flujo salival, puede instruir a la familia en aspectos como higiene, factores de riesgo y uso de sistemas preventivos orientados a salvaguardar la salud estomatognática y evitar complicaciones sistémicas.

5.2 Recomendaciones

1. Se sugiere al Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” dar carácter de obligatoriedad a la atención permanente de los pacientes en el Servicio de Odontopediatría de la institución, a los fines de prever o al menos controlar las manifestaciones bucodentales de la patología renal.

2. Igualmente, se recomienda a la mencionada institución hospitalaria velar por el correcto y minucioso registro de todos los antecedentes y datos

clínicos de los pacientes, con vistas a garantizar disponibilidad de información completa y fidedigna en la realización de futuros estudios.

3. Se invita a la Universidad José Antonio Páez a considerar la posibilidad de ampliar los contenidos curriculares en las asignaturas Medicina Interna y Fisiopatología en la carrera de Odontología con el propósito de profundizar los conocimientos, habilidades y destrezas de los estudiantes para el abordaje y atención de pacientes que presentan enfermedades sistémicas, como es el caso de las patologías renales.

4. Se exhorta a los estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez a realizar investigaciones prospectivas o retrospectivas en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera, con la finalidad de adquirir experiencias que les serán de gran utilidad en su futuro desempeño como profesionales odontólogos.

REFERENCIAS

- Acosta, M.G. (2008). Hipoplasia dental asociada a enfermedad renal. Reporte de un caso clínico y revisión bibliográfica. [Artículo en línea]. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Descargado el 18 de septiembre de 2015 desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art13.asp>.
- Acosta, M.G., Bolívar, M., Giunta, C., Espig, H., Coronel, V. (2013). Hallazgos bucales en niños con enfermedad renal. [Artículo en línea]. Acta Odontológica Venezolana; 51(2). Descargado el 21 de septiembre de 2015 desde: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/1844/1/art07.pdf>.
- Arias, F. (2009). El proyecto de investigación. 4ª edición. Caracas: Episteme.
- Arias, M. (2012). Hernando Nefrología Clínica. 2ª edición. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Cameron, A., Widmer, R. (2008). Manual de Odontología Pediátrica. 3ª edición. Madrid: Elsevier.
- Cedeño, J., Rivas, R., Tuliano, R. (2013). Manejo odontológico del paciente con enfermedad renal crónica terminal: Revisión Bibliográfica. [Artículo en línea]. Acta Odontológica Venezolana; 51(1). Descargado el 21 de septiembre de 2015 desde: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art25.asp>.
- Flores, A., Montilva, M. (2012). Prevalencia de la enfermedad periodontal en pacientes con insuficiencia renal crónica de la Clínica del Riñón en el Municipio Naguanagua Estado Carabobo, Enero-Noviembre, 2012. Trabajo de Grado no publicado. San Diego, Venezuela: Universidad José Antonio Páez.

- Gómez, J.A., Padilla, N. (2014). Prevalencia de patologías bucales en pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET) en el Municipio Valencia, Estado Carabobo en el Periodo Junio – Septiembre 2014. Trabajo de Grado no publicado. San Diego, Venezuela: Universidad José Antonio Páez.
- Gordillo, G., Exeni, R., de la Cruz, J. (2010). Nefrología Pediátrica. 4ª edición. Madrid: Elsevier.
- Jurado, G. (2014). Variaciones en los valores de creatinina sérica en pacientes pediátricos con enfermedades sistémicas asociadas a falla renal aguda ingresados en el Hospital “Dr Jorge Lizarraga”; Valencia-Edo Carabobo. Enero 2011- Enero 2012. [Tesis de Postgrado en línea]. Descargado el 24 de septiembre de 2015 desde: <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/548/4/gjurado.pdf>.
- Martins, C., Siqueira, W., Guimaraes, L. (2008). Oral and salivary flow characteristics of a group of Brazilian children and adolescents with chronic renal failure. *Pediatric Nephrology*; 23(4): 619-624.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2011). Anuario de Morbilidad 2011. [Documento en línea]. Descargado el 20 de septiembre de 2015 desde: [ww.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=15:anuarios-de-morbilidad&Itemid=915](http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=15:anuarios-de-morbilidad&Itemid=915).
- Muñoz, E., Restrepo, C., Chacón, J. (2011). Caracterización en salud oral y hábitos de higiene oral en pacientes con enfermedad renal crónica. *Acta Médica Colombiana*; 36(4): 173-180.
- Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud (2014). La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. [Artículo en línea]. Descargado el 17 de septiembre de 2015 desde: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es.

Orozco, C., Labrador, M., Palencia, A. (2002) Metodología. Valencia: OFIMAX.

Plaza, A., Silvestre, E. (2007). Odontología en pacientes especiales. Valencia, España: Universitat de València.

Ramírez, T. (2007). Cómo hacer un Proyecto de Investigación. Caracas: PANAPO.

Rennke, H., Denker, B. (2013). Fisiopatología renal. Fundamentos. 2ª edición. México: Lippincot.

Sierra, C. (2009). Estrategias para la elaboración de un proyecto de investigación. 2ª edición. Maracay: Insertos Médicos de Venezuela

ANEXOS

ANEXO A
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN (FICHA DE REGISTRO)



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE ANOMALÍAS A NIVEL BUCODENTAL EN PACIENTES
QUE PADECEN ENFERMEDADES RENALES CON EDADES
COMPRENDIDAS ENTRE 6 Y 10 AÑOS EN EL SERVICIO DE
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR.
ENRIQUE TEJERA”, VALENCIA, ESTADO CARABOBO, 2015**

FICHA DE REGISTRO

Px N°: _____

1.- Edad: _____

2.- Sexo: F 5 M 5

3.- Procedencia: Local 5 Regional 5 Municipio:

4.- Tipo de patología renal

Glomeruloesclerosis 5 Hidronefrosis 5 Hipoplasia 5 Displasia 5
Otra 5 : _____ Ninguna 5

5.- Origen de la patología renal:

Congénita 5 Adquirida 5

6.- Manifestaciones en tejidos bucales duros:

Hipoplasia del esmalte 5 Retardo eruptivo 5 Microdoncia 5
Oligodoncia 5 Erosión dental 5 Hipercementosis 5
Otra 5 : _____ Ninguna 5

7.- Manifestaciones en tejidos bucales blandos:

Lengua geográfica 5 Estomatitis 5 Enfermedad periodontal 5
Ulceración 5 Otra 5 _____ Ninguna 5

8.- Manifestación en flujo salival (xerostomía): Presente 5 Ausente 5

ANEXO B
FORMATOS PARA VALIDACIÓN (JUICIO DE EXPERTOS))



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA**

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTO SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman el instrumento adjunto (ficha de observaciones), en cuanto a cuatro aspectos específicos; para ello, sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta.

TITULO DEL TRABAJO: Prevalencia de anomalías a nivel bucodental en pacientes que padecen enfermedades renales con edades comprendidas entre 6 y 10 años en el Servicio de Nefrología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Estado Carabobo, 2015.

AUTORAS: Chacón Angy, Martínez Odry

| ÍTEMS | CRITERIOS | | | | | | | | |
|-------|-------------|----|----------|----|------------|----|----------|-----------|--------|
| | Pertinencia | | Claridad | | Coherencia | | Decisión | | |
| | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Dejar | Modificar | Quitar |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: _____ NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Nombre y Apellido

Profesión

Firma

Fecha
