



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**IDENTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES
SISTÉMICAS Y CONDICIONES
DISCAPACITANTES EN PACIENTES ATENDIDOS
EN EL SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA DE
PACIENTES ESPECIALES DE LA FACULTAD DE
ESTOMATOLOGÍA “ROBERTO BELTRÁN”
ENTRE LOS AÑOS 2015-2016**

Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista

Hector Tomás Leyva Mondragón

Lima-Perú

2016

ASESORES

C.D. Francisco José Orejuela Ramírez

Departamento Académico de Odontología Social

Mg. Florencio de la Torre M.

Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial

JURADO EXAMINADOR

Presidente : Mg. Lilian Damián Navarro
Secretario : Esp. Lillie Abanto Silva
Miembro : Esp. Victor Calderón Ubaqui

FECHA DE SUSTENTACIÓN : 16 de Diciembre del 2016

CALIFICATIVO : Aprobado por Unanimidad

DEDICATORIA

A mis padres por darme el apoyo necesario
y el aliento para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios por la vida que me dio, por la familia que me permites compartir, por mis amigos que son como mi familia, por los momentos felices difícil de olvidar.
- A mis padres Hector Leyva y Carmen Mondragón por su apoyo incondicional.
- A mis hermanos Katherine y Marco por su comprensión.
- A mi casa de estudios, Universidad Peruana Cayetano Heredia, por mi formación educativa.
- A mis asesores, por su paciencia y su guía en la elaboración de la presente investigación.
- A todas la personas que me apoyaron directa e indirectamente en la culminación de la presente investigación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de diagnósticos médicos de los pacientes con necesidades especiales atendidos en el Servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) de la Clínica Estomatológica Central de la Facultad de Estomatología. **Materiales y métodos:** La población(N=1234) está constituida por los registros de las historias clínicas de pacientes que han sido atendidas en el servicio de Estomatología en Pacientes Especiales (EPE) de la Facultad de Estomatológica “Roberto Beltrán” entre los años 2015 hasta el año 2016, los datos se procesarán en una base de datos, previamente diseñada, en el programa Excel versión 2007; cada ficha de datos de las historias clínicas serán procesadas de acuerdo al diagnóstico médico que presentan.

Resultados: El número total de pacientes fueron 1234 de los cuales 727(59%) fueron mujeres y 507(41%) hombres. La cantidad de diagnósticos médicos que presentaban los pacientes fueron de un diagnóstico médico con una prevalencia de 66%, seguido de dos diagnósticos médicos con una prevalencia de 29%. El total de diagnósticos médicos es de 1718. Los diagnósticos médicos más frecuentes encontrados en la población de pacientes con necesidades especiales fueron las enfermedades del sistema cardiovascular con una prevalencia de 26,8%, seguido de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con una prevalencia de 16,4%.

Conclusiones: El diagnóstico médico más frecuente de los pacientes con necesidades especiales que fueron atendidos en el Servicio de Estomatología en Pacientes Especiales (EPE) fueron las enfermedades del sistema cardiovascular con una prevalencia de 26,8%.

PALABRAS CLAVES: Pacientes Especiales, Discapacidad, Enfermedad Sistémica, Cuidado Odontológico

ABSTRACT

Objetives: To determine the frequency of medical diagnoses of patients with special needs treated at the Stomatology in Special Patients (EPE) of the Stomatology Clinic "Roberto Beltrán" **Methods:** The population (N=1234) consists of records of the clinic history of people who have been treated in the service of Stomatology in Special Patients (EPE) of the Clínic Stomatology "Roberto Beltrán" between 2015 to 2016, the data were processed in a database, previously designed in Excel version 2007 program, each data file of the clinic history were processed according to the disease they present.

Results: The total number of persons is 1920, of which 727 (59%) were women and 507 (41%) men. The number of medical diagnoses presented by the patients was, a medical diagnosis with a prevalence of 66%, followed by two medical diagnoses with a prevalence of 29%. The total number of medical diagnoses was 1718. The most frequent medical diagnoses found in the population of patients with special needs were diseases of the cardiovascular system with a prevalence of 26.8%, followed by endocrine, nutritional and metabolic diseases with a prevalence of 16.4%.

Conclusions: The most frequent medical diagnosis of patients with special needs who were treated at the Stomatology Service in Special Patients (EPE) were diseases of the cardiovascular system with a prevalence of 26.8%.

KEYWORDS: Special Patient, Disability, Systemic Disease, Dental Care

INDICE DE TABLA DE RESULTADOS

	Pág.
TABLA 1. Frecuencia de sexo	22
TABLA 2. Promedio de edad según sexo	22
TABLA 3. Frecuencia de diagnósticos médicos por pacientes con necesidades especiales	23
TABLA 4. Frecuencia de diagnósticos médicos de pacientes con necesidades especiales	24
TABLA 5. Comparación de diagnósticos médicos de pacientes con necesidades especiales según sexo	27
TABLA 6. Comparación de diagnósticos médicos de pacientes con necesidades especiales según edad	28

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos de pacientes con necesidades especiales	25
Gráfico 2. Comparación de diagnósticos médicos de pacientes con necesidades especiales según sexo	27
Gráfico 3. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades del sistema cardiovascular	29
Gráfico 4. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	30
Gráfico 5. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de los trastornos mentales y de comportamiento	31
Gráfico 6. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	32
Gráfico 7. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas	33
Gráfico 8. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades del sistema nervioso	34
Gráfico 9. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las neoplasias	35
Gráfico 10. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades infecciosas y/o parasitarias	35
Gráfico 11. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades del sistema genitourinarias	36
Gráfico 12. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades del sistema respiratorio	37
Gráfico 13. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	37
Gráfico 14. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades del ojo y sus anexos	38

- Gráfico 15.** Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos 38
- Gráfico 16.** Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo 39

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGNOS

EPE	:	Estomatología de Pacientes Especiales
MINSA	:	Ministerio de Salud de Perú
UPCH	:	Universidad Peruana Cayetano Heredia
ASA	:	Asociación Estadística Americana
AG	:	Anestesia General
FAEST	:	Facultad de Estomatología
DM	:	Diabetes Mellitus
HTA	:	Hipertensión Arterial
ACV	:	Accidente Cerebro Vascular
PC	:	Parálisis Cerebral
VIH	:	Virus de Inmunodeficiencia Humana
INEI	:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
FLAP	:	Fisura Labio Alveolo Palatina
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
HIS	:	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIF	:	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	2
II.1 Planteamiento del Problema	2
II.2 Justificación de la Investigación	3
III. MARCO TEÓRICO	4
IV. OBJETIVOS	16
IV.1 Objetivo General	16
IV.2 Objetivos Específicos	16
V. MATERIALES Y MÉTODOS	17
V.1 Diseño de estudio	17
V.2 Población y muestra	17
V.3 Criterios de selección	17
V.3.1 Criterios de inclusión	17
V.3.2 Criterios de exclusión	17
V.4 Variables	18
V.5 Operacionalización de Variables	18
V.7 Técnicas y Procedimientos	20
V.9 Plan de análisis	20
V.8 Consideraciones Éticas	21
VI. RESULTADOS	22
VII. DISCUSIÓN	40
VIII. CONCLUSIONES	48
IX. RECOMENDACIONES	49
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	56

I. INTRODUCCIÓN

Los pacientes con necesidades especiales presentan características fundamentales o particulares, que conllevan a la existencia de riesgo médico que dificultan el manejo clínico odontológico.¹

Estas características conllevan a una disminución en su calidad de vida, así como un mayor riesgo y vulnerabilidad para adquirir enfermedades. Este grupo de pacientes, presentan un riesgo sobre el sistema estomatológico, en mayor frecuencia, los factores son enfermedad periodontal, maloclusiones dentales y caries dental.^{2,3}

Debido a que esta población vulnerable, que de acuerdo a su condición de riesgo, impide su desarrollo para una mejor calidad de vida, presentando limitaciones físicas, mentales, sensoriales y crónico degenerativas, pues requieren atenciones y cuidados especiales.^{3,4} Por lo tanto, se hace necesario que las universidades asuman el compromiso y responsabilidad de formar profesionales que atiendan a este grupo poblacional y que se dicten cursos específicos para la atención y el manejo de estos pacientes.^{2,3}

El presente trabajo de investigación se ha planteado en el servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) de la Facultad de Estomatología "Roberto Beltrán" en los años 2015 y 2016 porque considero que existe la necesidad de conocer la mayor prevalencia de diagnósticos médicos de los pacientes con necesidades especiales que presenta esta población en particular.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

II.1. Planteamiento del problema

Los pacientes con necesidades especiales representan una población que se encuentran en estado de vulnerabilidad, o grupos en riesgo, con una gran necesidad de cuidados orales, ya que pueden presentar una pobre salud oral, malformaciones dentales, mala posición dental, hábitos para funcionales; por lo cual, el manejo de estos pacientes dentro de las consultas odontológicas es una prioridad en la salud. Sin embargo, la mayoría de odontólogos no están capacitados para atenderlos, ya que, su tratamiento debe ser diferenciado de los pacientes sin estas alteraciones.

Por lo antes mencionado, el propósito del estudio es determinar los diagnósticos médicos más prevalentes que presentan los pacientes con necesidades especiales que acuden al servicio de Estomatología de Pacientes Especiales de la Facultad de Estomatología “Roberto Beltrán” en los años 2015 y 2016.

Pregunta de Investigación:

¿Cuáles son los diagnósticos médicos más prevalentes en pacientes con necesidades especiales en el Servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) que acuden a la Clínica Central de la Facultad de Estomatología “Roberto Beltrán”?

II.2. Justificación:

El presente estudio tiene pertinencia social, ya que nos ayudará a conocer los diagnósticos médicos de los pacientes con necesidades especiales más prevalentes que acudieron al servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE).

El presente estudio nos dará un panorama global para poder determinar el tipo de tratamiento que requieran los pacientes con necesidades especiales según diagnóstico médico, género y grupo etario y poder realizar protocolos de atención específicos para esta población que se encuentra en estado de vulnerabilidad de pacientes con necesidades especiales.

El presente estudio nos proporcionará un registro de las necesidades de los pacientes que acudieron al servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) para así, poder realizar capacitaciones a los alumnos de pregrados desde los primeros años de estudios.

III. MARCO TEÓRICO

Pacientes con Necesidades Especiales:

Se considera pacientes con necesidades especiales a aquel que presenta deficiencias y/o limitaciones físicas, mentales, sensoriales, de comportamiento o de condición y que requieren servicios o cuidados especiales por compromisos médicos.^{3,5}

Según la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas, alrededor de mil millones de personas (alrededor de 15%) a nivel mundial presenta algún tipo de atención especial.^{6,7,8} En el Perú, de acuerdo al Instituto de Estadística e Informática, en el 2012, podemos observar que el 5,2% de la población presentan características especiales.²²

Según Tan N et al, la definen como la ausencia o restricción de la capacidad que tiene una persona para desarrollar una acción y/o actividad de la vida cotidiana o desarrollar actividades dentro de los límites que son considerados normales.⁹

Según Silvestre et al, se define a los pacientes con necesidades especiales como aquellos que presentan condiciones o características que lo hace distinto y particular frente a lo habitual.¹⁰ Según Silvestre, los pacientes con necesidades especiales deben presentar cuatro características fundamentales:

- a) La existencia de riesgo médico por padecer un proceso importante.
- b) La dificultad de manejo clínico odontológico.
- c) La dificultad de manejo clínico odontológico por la conducta.
- d) La dificultad de manejo clínico odontológico por la técnica odontológica.

Los pacientes con necesidades especiales pueden tener diferentes motivos de deficiencias, pueden ser sensoriales y de comunicación, motrices, mentales, entre otras.¹²

Estos tipos de pacientes presentan una deficiencia específica. Las deficiencias hacen referencia a problemas o alteraciones en las funciones o estructuras corporales como una limitación o una pérdida en su función, como en parálisis cerebral, síndrome de down, entre otros.⁴

El 24 de diciembre del 2012 se promulgó la ley general de la persona con discapacidad N° 29973 cuya finalidad fue de establecer el marco legal para la protección, promoción y realización de las personas con necesidades especiales, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida política, económica, social, cultural y tecnológica.¹¹

Clasificación:

Según los grupos de enfermedades, los pacientes con necesidades especiales pueden clasificarse, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud, versión 10 (CIE-10) en:⁴

1. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
2. Enfermedades de la piel y el tejido sub cutáneo
3. Enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos
4. Enfermedades del ojo y sus anexos
5. Enfermedades del sistema cardiovasculares
6. Enfermedades del sistema digestivo
7. Enfermedades del sistema genitourinario
8. Enfermedades del sistema nervioso
9. Enfermedades del sistema oseomuscular y del tejido conjuntivo
10. Enfermedades del sistema respiratorio
11. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicos
12. Enfermedades infecciosas y parasitarias
13. Factores que influyen en el estado de salud
14. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
15. Trastornos mentales y de comportamiento
16. Neoplasias

Por el cual, de acuerdo a la clasificación del CIE-10 en conjunto con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), podemos observar patologías más específicas, dentro de los grupos de patologías más prevalentes, basadas en el censo del 2012 realizado por el INEI que afectan a la población peruana que se encuentran en situación de vulnerabilidad de pacientes con necesidades especiales como:

Enfermedades del sistema cardiovascular:

Las enfermedades del sistema cardiovascular son un conjunto de trastornos que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, entre la más representativa podemos encontrar a la hipertensión arterial.⁴

Hipertensión Arterial:

Enfermedad más prevalente considerada dentro de las enfermedades del sistema cardiovascular, en el cual existen factores que predisponen la enfermedad, estos factores pueden agruparse en los modificables o prevenibles y en los no modificables. Los factores de riesgo no modificables son: la edad, las personas mayores de 65 años

tienen mayor riesgo de contraer hipertensión arterial (HTA); el género, la HTA es más frecuente en mujeres menopaúsicas; la característica étnica, la HTA es más frecuente en personas afroamericanos; la herencia, la presencia de enfermedades cardiovasculares en una familia influye en el incremento del riesgo de contraer la enfermedad hasta en dos generaciones. Mientras que los factores de riesgo modificables son el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo, los hábitos alimenticios (la alimentación que causa sobrepeso y obesidad), la diabetes mellitus y los síndromes metabólicos.^{14,15,16}

Para la atención odontológica es importante realizar una completa anamnesis del paciente, esta debe estar orientada a indagar la historia familiar y personal de enfermedades cardíacas, revisar los síntomas de HTA y evaluar los estilos de vida como el consumo de fármacos y si el paciente cuenta con controles periódicos. Durante todo el tratamiento, si el paciente tiene HTA, se debe controlar la presión después de la inyección del anestésico local, especialmente cuando se utiliza un vasoconstrictor como la epinefrina y el paciente consume bloqueadores beta no selectivos.¹⁹

En Colombia, según el Ministerio de Protección de Salud, la HTA ocupa la quinta causa de mortalidad.¹⁴

En el Perú, según el Ministerio de Salud, la HTA tiene una prevalencia de 16,6% en la población mayor de 15 años.¹⁸

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas:

En este grupo de patologías podemos encontrar un amplio grupo de trastornos, tanto congénitos como adquiridos, causada por la alteración de una enzima u hormona que interviene en el metabolismo, o por glándulas endocrinas u órganos.⁴

Diabetes Mellitus:

Enfermedad más prevalente dentro de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, por lo que, la diabetes Mellitus(DM), se puede definir como un conjunto de trastornos metabólicos, con la característica del incremento de la cantidad de glucosa en la sangre, este trastorno es crónico y lleva a que el aumento de glucosa sea persistente, dando como resultado deficiencia en la excreción y acción de la insulina.²⁰

Según la Organización Mundial de la Salud, se espera que para el 2030 habrían alrededor de 32,9 millones de personas de Latino América que sufrirán de DM.¹⁴ En el Perú, según el Dr. Zubiate, se ha reportado que la prevalencia de DM tipo II está en el rango de 0.4% hasta 5%. Sin embargo, el servicio de Endocrinología del departamento

de Medicina de la UPCH, reporta que la prevalencia en Lima es de 7.5% y que Chiclayo tiene una prevalencia de 6.9%.¹⁶

Hernández et al (2014), muestra que la DM es una de las enfermedades de mayor incidencia en el deterioro de la salud bucal de los pacientes, representando el 34.37% de la población con necesidades especiales estudiada en la ciudad de Cienfuegos, Cuba.¹⁷

Las manifestaciones orales de la DM aparecen en relación con la alteración del nivel sistémico que origina la enfermedad. No existen lesiones patognomónicas en la cavidad oral con la DM, pero se considera un factor agravante, como en la enfermedad periodontal.^{10,14}

Trastornos Mentales y de Comportamiento:

Se conoce como trastorno mental y de comportamiento a toda alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en la dificultad para razonar, alteraciones de comportamiento, impedimento para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones.⁴

Autismo:

El autismo o también llamado trastorno espectro autista, considerado dentro del grupo de los trastornos mentales y de comportamiento; se define como una disfunción neurológica crónica y del desarrollo del cerebro complejo, que en gran medida, afecta a la coordinación, sincronización e integración entre las diferentes áreas del cerebro, puede manifestarse desde edades tempranas caracterizada por la triada de trastornos de Wing (interacción social, comunicación verbal y no verbal alterada, restricción de intereses y comportamientos estereotipados y repetitivos), la gravedad de la enfermedad, forma y edad de aparición varían de acuerdo a los criterios de cada individuo.^{2,10,53}

Los niños con el trastorno espectro autista no presentan características patognomónicas y la gran parte de problemas bucales se relacionan con los patrones de comportamiento.^{2,10}

Se considera familiarizar al niño autista con la figura del odontólogo para lograr buenos objetivos en el cuidado y mantenimiento de la salud oral. Es fundamental un plan de higiene estricto; si es que presentan alto riesgo en la aparición de caries, puede prescribirse pastas dentífricas con alto nivel de flúor.^{2,10,53}

Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas:

Se incluye cualquier tipo de defecto en el desarrollo, debido a factores medioambientales, genéticos, deficiencia en la captación de nutrientes o consumos de sustancias nocivas en el desarrollo del ser humano.⁴

Síndrome de Down:

Considera dentro del grupo de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, siendo una de las más prevalentes. El síndrome de Down es una alteración congénita, que se debe a la alteración en la división celular del cromosoma 21; por ello, también es conocido como Trisomía 21. Al no separarse ese cromosoma se forma un triple cromosoma 21 llevando más número de cromosomas de lo normal.^{6,29,33} Existen tres tipos de síndrome de down, el síndrome de trisomía libre, cuya alteración se produce en el momento de la meiosis quedando el 95% de células afectadas; el síndrome de tipo Mosaicismo, que se presenta cuando la alteración se produce en el momento de la mitosis, en el cual solo un porcentaje de ellas presentan la alteración Trisómica; el síndrome de tipo Translocación, se debe a que el número de cromosomas es normal pero existe un exceso de material genético en uno de ellos, dando lugar a un cromosoma más grande de lo normal.⁶

Los pacientes con Síndrome de Down, debido a su limitado autocuidado o disminución de sus habilidades neuromusculares, necesitan una especial atención en la salud oral por parte de los familiares y odontólogos. Debido a estas características, estos pacientes presentan un mayor riesgo de presentar enfermedades bucales como enfermedad periodontal, maloclusiones y problemas articulares. La enfermedad periodontal es la más prevalente en pacientes con Síndrome de Down; esta alta prevalencia de periodontitis en pacientes con Síndrome de Down ha llevado a la Asociación Americana de Periodoncia a darle un espacio especial dentro de su clasificación, figurando como "Periodontitis como manifestaciones de enfermedades sistémicas asociadas a desordenes genéticos".³⁶

En el Perú, según el Ministerio de Salud, de acuerdo con el INEI, podemos observar un 13,2% de personas con Retardo Mental en nuestra población, siendo el Síndrome de Down la más prevalente.²⁸

Podemos observar en pacientes con Síndrome de Down con frecuencia gingivitis ulceronecrotizantes, periodontitis juvenil, periodontitis avanzada, recesiones gingivales, exfoliación prematura de dientes, movilidades dentales y pérdidas óseas. Los dientes más afectados son los incisivos inferiores y molares maxilares, mientras que los caninos permanentes parecen ser los últimos en presentar lesiones. Existen factores locales que agravan la enfermedad periodontal como la mala higiene oral,

maloclusiones, macroglosia, respiración bucal, morfología dentaria; y los factores sistémicos con el que se manifiesta la enfermedad periodontal como son los factores tisulares estructurales, sistema inmunológico, mediadores inflamatorios y enzimas proteolíticas y factores congénitos.^{6,36,37}

Las causas de caries dental en paciente con Síndrome de Down son los malos hábitos de higiene bucal incorporado a una deficiente habilidad motriz, dietas cariogénicas y a la poca orientación de los padres y/o cuidadores en este aspecto.^{6,32}

Fisura Labio Alveolo Palatina:

Considerada dentro del grupo de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; la fisura alveolo labio palatina (FLAP) es una de las malformaciones congénitas más frecuente constituyendo deficiencias estructurales debidas a la falta de unión de algunos procesos faciales, que dan lugar durante la formación del embrión. La unión de las fisuras del paladar primario y las fisuras raras de la cara se realizan a partir de la sexta semana de vida intrauterina, mientras que las fisuras del paladar secundario se realizan a partir de la octava semana de vida prenatal. Esta enfermedad no solo trae consecuencias estéticas, afectando diferentes funciones en el niño dependiendo de la gravedad de la enfermedad; estas pueden afectar la alimentación, la fonación, la audición y la respiración nasal.^{57,58,59,60}

La fisura alveolo labio palatina, de acuerdo a Kernaham y Stark se clasifican en:

Grupo I: Hendiduras del paladar primario: (labios y premaxila) Unilateral, Media y Bilateral.

Grupo II: Hendiduras del paladar secundario.

Grupo III: Hendiduras del paladar primario y secundario: Unilateral, Media y Bilateral.^{57,59}

La incidencia varía de 2 nacimientos por cada 1000 nacidos de indígenas americanos, teniendo a Sudamérica en 1 por cada 600 nacimientos, 1,5 nacimientos por cada 1000 nacimientos orientales y en la raza negra 1 de cada 2500 nacimientos.⁶⁰

El tratamiento debe ser multidisciplinario, desde el primer mes de vida y se realiza por un tiempo prolongado.^{58,59,60}

Enfermedades del sistema nervioso:

El cerebro, la medula espinal y los nervios conforman el sistema nervioso, controlando todo el sistema del cuerpo. En cuanto ocurre un mal funcionamiento, es posible que tenga dificultad para moverse, hablar, respirar, aprender y tragar; como también pueden tener problemas con la memoria, los sentidos o el estado de ánimo.⁴

Parkinson:

El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa considerada dentro del grupo enfermedades del sistema nervioso; esta es una de las más prevalente en la población Peruana dentro del grupo de adultos mayores, generalmente da su inicio en la sexta década de vida, aunque esta enfermedad puede presentarse en personas más jóvenes.²³ Es una enfermedad crónica y progresiva que se caracteriza por la pérdida de la capacidad física y la capacidad mental, en los estadios avanzados esta enfermedad puede llegar a la discapacidad total de la persona. Por estas características, la mayoría se encuentra en una situación de doble vulnerabilidad; la vejez y la discapacidad.^{25,26}

Debido a la progresión y degeneración de esta enfermedad existen complicaciones frecuentes como las infecciones, neumonías por aspiración, las úlceras por presión, alteraciones nutricionales, traumatismos y complicaciones por caídas, incontinencia urinaria, complicaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico pues reduce los síntomas pero no queda claro si aumenta su supervivencia.²⁷

La condición progresiva de la enfermedad de Parkinson conduce a restricciones en la movilidad y rigidez muscular, lo cual lleva a problemas en el mantenimiento de una adecuada salud oral. Otra característica es la disminución del flujo salival relacionada ampliamente con la terapia farmacológica aumentando el riesgo de caries dental y la aparición de candidiasis; la alteración en la percepción del gusto son efectos secundarios de la medicación, especialmente la Levodopa. El edentulismo es significativamente mayor debido a la falta de control en los movimientos musculares, dificultando una buena higiene oral y aumentando el riesgo de la enfermedad periodontal. También puede producirse patologías en la articulación temporomandibular, atrición severa y en pacientes con prótesis dental se presenta dificultad para retenerlas en la posición correcta.²⁵

Parálisis Cerebral:

La parálisis cerebral (PC) es un grupo de alteraciones adquiridas en el periodo de desarrollo del sistema nervioso central localizadas en el encéfalo, considerada dentro del grupo de enfermedades del sistema nervioso. Fundamentalmente se manifiesta por parálisis, debilidad muscular y disfunción motora. Se estima una tasa de 4 nacidos por cada 1000 nacidos vivos presentan parálisis cerebral en la población mundial.^{2,6,10} En el Perú, la prevalencia es de 5,2 por cada 1000 nacidos vivos.¹³ No es posible determinar la causa exacta que produce la parálisis cerebral para cada paciente, algunos factores están relacionados a la hipoxia, desordenes genéticos, edad avanzada de la madre, infecciones repetidas en el aborto en el proceso prenatal;

traumatismos durante el parto, bebés prematuros, meconio en el proceso perinatal y meningitis, convulsiones, traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares en el proceso postnatal.^{2,6,10,13}

Se pueden clasificar según el tipo de actividad motriz en espástica, en el cual presentan un tono muscular incrementado que causa una contracción excesiva del músculo al estirarlo; la distónica, apareciendo movimientos lentos, involuntarios y descontrolados; la atáxica, presentando poco equilibrio, mala postura y movimientos involuntarios en las manos; la mixta, presentando una superposición de dos o más manifestaciones.^{6,10}

No existen patologías bucales exclusivas de estos pacientes, sin embargo, son más propensos a desarrollar enfermedades orales como la enfermedad periodontal y la caries dental, pueden presentar disfunción para masticar o tragar, con un retraso prolongado entre el movimiento de la ingesta y la deglución, también el babeo es un factor, que una vez instaurado, es difícil de corregir; se debe estimular la musculatura del área bucomaxilofacial mediante técnicas de introducción de distintos alimentos en la boca, presión del punto gatillo y búsqueda de posiciones de relajación.^{6,10}

Enfermedades Infecciosas y/o Parasitarias:

Las enfermedades infecciosas y/o parasitarias ocasionan un gran número de muertes, además de desnutrición, anemia, diarrea, entre otras manifestaciones. Estas enfermedades son producidas por diversas especies de virus, bacterias, protozoarias, hongos, entre otros; siendo de transmisión directa o indirectamente. Dentro de las más representativas podemos encontrar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana:

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es la enfermedad más prevalente dentro del grupo de enfermedades infecciosas y/o parasitarias, considerado una pandemia del siglo XXI, siendo, hace algunos años, una enfermedad detestable y mortal que tenía una mortalidad durante los dos años de haberlo adquirido, se ha convertido en una enfermedad crónica, que con los medios terapéuticos necesarios puede ser manejable.^{10,14,66}

El VIH se caracteriza por poseer la enzima transcriptasa inversa, capaz de sintetizar en ADN. La membrana lipídica que la envuelve, en el cual se insertan las glucoproteínas gp120 y gp41 se unen a los receptores celulares como el CD4 del linfocito T. Tras la penetración del virus, se produce la liberación del genoma viral y se inicia la transcripción acoplándose a distintos factores celulares y virales,

desplazándose al núcleo para integrarse al genoma celular con la ayuda de la integrasa; tras la integración, el virus puede replicarse de forma controlada o sufrir una replicación masiva. Sabiendo que el linfocito T-CD4 juega un papel central en la activación y mantenimiento de la respuesta inmunológica, por lo cual, el deterioro o la disminución del número del linfocito T-CD4 trae consecuencia fatales para el sistema inmunitario del cuerpo humano.^{10,14,66}

Los primeros signos de la infección por VIH muchas veces aparecen en la cavidad oral y pueden tener un gran impacto en la calidad de vida. Globalmente se estima que 36,9 millones de personas viven con VIH en el 2014, de los cuales 17,1 millones de personas viven con VIH no saben que tienen el virus;²⁴ siendo Sudáfrica el lugar más prevalente con un 16% en su población, en los países de Latinoamérica podemos encontrar una prevalencia de 2% en su población.⁶⁴

Existen lesiones frecuentes asociada a la infección por VIH, las cuales son la candidiasis oral, gingivitis, periodontitis severa, leucoplasias vellosas, sarcoma de Kaposi y Linfoma no hodking, por ende, el odontólogo debe estar capacitado para poder detectar posibles manifestaciones de dicha enfermedad; al realizar algún tratamiento odontológico, se debe considerar el estado físico y el estadio de la enfermedad. Las consideraciones deben ser semejantes a cualquier paciente que presentes algún otro deterioro sistémico. Realizar o no el tratamiento puede afectar su calidad de vida, por lo que se debe tener en cuenta y analizar las prioridades individuales antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento.^{10,14,64,66,67}

Tratamiento y Manejo Odontológico

El odontólogo debe tener conocimiento de los pacientes con necesidades especiales y las alteraciones que manifiestan en la cavidad oral y la relación en la salud general del paciente. En la práctica odontológica, podemos atender a un paciente con alguna necesidad especial; es por ello, que es importante que dentro de su formación como profesional se incorporen cursos que les den conocimientos de fisiopatología, farmacología y de manejo de la conducta de estas enfermedades más prevalentes. Ya que la salud oral forma parte de la salud general del individuo; el odontólogo y el médico deben dar un tratamiento de forma multidisciplinaria y articulada, para darle una mejor calidad de vida a los pacientes con necesidades especiales. Por ende, se requiere que los odontólogos se capaciten y adquieran habilidades en la realización de los procedimientos clínicos, conocimiento sobre estas patologías y el manejo clínico de estos pacientes.^{14,19}

Marulanda et al en el 2011, hace mención del mayor cuidado que se debe tener con pacientes con necesidades especiales al momento de realizar la higiene, ya que su estado de salud bucal está relacionada con su habilidad neuromuscular, compromiso sistémico, grado de cooperación con los familiares y/o cuidadores; por el contrario, esto genera un factor de riesgo para contraer enfermedades.⁴¹

El tratamiento odontológico de los pacientes con necesidades especiales está relacionado con la conducta que presenta y las patologías que padece. Si a la atención de estos pacientes se agregan otras profesiones, se puede brindar una atención multidisciplinaria que mejore su calidad de vida y la de la familia con atenciones especializadas a sus necesidades; las consultas odontológicas pueden ser ambulatorias, aunque esta valoración depende mucho de cada paciente.^{2,3,5}

El tratamiento odontológico de los pacientes con necesidades especiales, debe seguir protocolos de atención diferenciados. Debido a esto, existen diversos sistemas que ayudan a clasificación, uno de los más utilizados es la ASA, la cual ayuda a clasificar en cinco categorías, los tipos de atención por enfermedades (Tabla N 1)

Tabla 1. Modificaciones generales en el tratamiento odontológico según ASA

Categoría	Tipo paciente	Modo de Tratamiento
ASA I	Pacientes sanos. Toleran el estrés.	No es necesaria ninguna modificación.
ASA II	Enfermedad leve. Ansiedad extrema.	Adecuación del tratamiento a sus necesidades.
ASA III	Enfermedad sistémica grave no incapacitante.	Protocolo de minimizar riesgo.
ASA IV	Enfermedad incapacitante.	Odontología hospitalaria.
ASA V	Moribundo	Tratamiento paliativo. Urgencias.

Cuando un paciente ve mermada la realización de actividades básicas como alimentarse, vestirse, comunicarse; la limpieza bucal se convierte en una tarea difícil y relegada a un segundo plano. Por ello, consideramos de vital importancia educar a los padres, tutores y/o cuidadores sobre la importancia de los cuidados preventivos de la higiene oral. Por esto, creemos de vital importancia habilidades básicas que un odontólogo integral debe tener al tratar a estos pacientes con necesidades especiales, conocimientos y manejo de estas enfermedades y su relación con las patologías bucales, habilidades en el manejo del entorno social y familiar, entre otros.^{2,3}

Una de las alternativas para el tratamiento odontológico, es el uso de Anestesia General (AG), el uso de esta técnica está indicada sólo para aquellas personas que no puedan ser tratadas en el consultorio dental con los protocolos de atención convencionales. Estos pacientes pueden ser:

1. Pacientes médicamente comprometidos, con problemas de distinta índole (alteraciones cardíacas congénitas, discrasias sanguíneas, alergia a anestésicos locales, insuficiencia hepática y renal severa, epilepsia incontrolable, etc) que hacen peligroso su tratamiento dental en un gabinete ordinario.^{6,32,40,41}
2. Pacientes incapaces de colaborar, comprender o tolerar su tratamiento ya sea por deficiencia física, psíquica o por su corta edad.^{33,42}
3. Pacientes con necesidades extensas de tratamiento odontológico, imposibles de realizar en el gabinete, y que por cualquier motivo han de ser realizadas en una sola sesión. Muchos de estos pacientes podrían tolerar en el futuro citas cortas sin AG para tratamiento preventivo como profilaxis dental o para la fabricación de una prótesis.³³
4. Pacientes con grandes anomalías craneofaciales y con necesidades de tratamiento dental extenso.

5. Pacientes con grandes traumatismos orofaciales o con fracturas de maxilares.³³
6. Pacientes que deben desplazarse a grandes distancias para el tratamiento, y para los que sea interesante realizar el tratamiento en una sola sesión.⁴³

Debido al mayor riesgo de complicaciones durante el uso de la AG, esta técnica debe ser empleada en tratamientos odontológicos que presenten procedimientos e indicaciones precisas.

Por lo antes mencionados, creemos que es de vital importancia conocer la prevalencia de enfermedades de alguna población en particular, para así poder realizar actividades necesarias para mejorar la calidad de vida de estos pacientes con necesidades especiales.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de los pacientes con necesidades especiales atendidos en el Servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) de la Facultad de Estomatología – UPCH desde enero del 2015 a noviembre del 2016.

IV.2. Objetivos específicos

1. Describir la cantidad de diagnósticos médicos por cada paciente con necesidades especiales atendidos en el servicio de EPE.
2. Describir la frecuencia de los diagnósticos médicos más prevalentes que presentan los pacientes con necesidades especiales atendidos en el servicio de EPE.
3. Comparar la frecuencia de diagnósticos médicos más prevalentes que presentan los pacientes con necesidades especiales atendidos en el servicio de EPE, según sexo.
4. Comparar la frecuencia de diagnósticos médicos más prevalentes que presentan los pacientes con necesidades especiales atendidos en el servicio de EPE, según edad.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

V.1. Diseño del Estudio

El estudio es Descriptivo, transversal y retrospectivo.

V.2. Población

La población está constituida por todos los registros de las historias clínicas de pacientes que han sido atendidos en el servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) de la Facultad de Estomatológica “Roberto Beltrán” desde enero del 2015 hasta noviembre del 2016.

V.2.1. Muestra

La muestra estuvo constituida por 1234 registro de historias clínicas. El tamaño muestral y el método de selección de la muestra fue no probabilística y por conveniencia, respectivamente.

V.3. Criterios de Selección

V.3.1. Criterios de inclusión

- Registro de pacientes que se encuentren dentro de la base de datos determinados por el servicio de diagnostico odontológico (Triage) que refiere a los pacientes al servicio de EPE.
- Registro de pacientes que presenten información completa en Historia Clínica.
- Registro de pacientes que hayan recibido alguna atención en el servicio de EPE.
- Registro de pacientes que se encuentren dentro del año comprendido en el estudio.

V.3.2. Criterios de exclusión

- Registro de pacientes que no se encuentren dentro de la base de datos determinados por el servicio de diagnostico odontológico (Triage) que refieren a los pacientes al servicio de EPE.
- Registro de pacientes que no cuenten con información completa en Historia Clínica.
- Registro de pacientes que no presenten información clara y coherente.
- Registro de pacientes que no se encuentren dentro de los años comprendidos en el estudio.
- Registro de pacientes que no pertenezcan al departamento de EPE.

V.4.Variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	VALORES
Diagnóstico médico de Pacientes con necesidades Especiales	Paciente con necesidades especiales se define a aquel que presenta limitaciones físicas, mentales, sensoriales o de comportamiento que requieren servicios especiales con algún compromiso médico.	Es el diagnóstico obtenido al evaluar al paciente.	Cualitativa	Nominal	<p>1=Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides</p> <p>2=Enfermedades de la piel y el tejido sub cutáneo</p> <p>3=Enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos</p> <p>4=Enfermedades del ojo y sus anexos</p> <p>5=Enfermedades del sistema cardiovascular</p> <p>6=Enfermedades del sistema digestivo</p> <p>7=Enfermedades del sistema genitourinario</p> <p>8=Enfermedades del sistema nervioso</p> <p>9=Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo</p> <p>10=Enfermedades del sistema respiratorio</p>

					<p>11=Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicos</p> <p>12=Enfermedades infecciosas y parasitarias</p> <p>13=Factores que influyen en el estado de salud</p> <p>14=Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</p> <p>15=Trastornos mentales y de comportamiento</p> <p>16=Neoplasias</p>
Edad	Tiempo de vida del sujeto transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha registrada	Es el rango de edad por cada década de vida.	Cualitativa	Ordinal	<p>1= 0-9años</p> <p>2=10-19 años</p> <p>3=20-29 años</p> <p>4=30-39 años</p> <p>5=40-49 años</p> <p>6= 50-59 años</p> <p>7= 60-69 años</p> <p>8= 70-79 años</p> <p>9= 80-89 años</p> <p>10= 90-100 años</p>
Sexo	Condición biológica que distingue al hombre de la mujer.	Es el registro de las características fenotípicas que distinguen al hombre de la mujer.	Cualitativa	Nominal	<p>Masculino</p> <p>Femenino</p>

V.5. Técnicas y/o procedimientos:

Se solicitó los permisos para el acceso a la información necesaria, se envió una solicitud (Anexo 1) al Departamento Académico de Cirugía y Medicina Bucal.

Previo a la revisión de Historias Clínicas, se pidió información al servicio de Diagnóstico (Triage) y se solicitó el registro (listado de números de Historias Clínicas) de los pacientes atendidos en "EPE" durante el periodo enero 2015 a noviembre 2016; dicho servicio proporcionó información de 1971 pacientes que fueron derivados al servicio de EPE.

Como segundo paso, se realizó una revisión de las historias clínicas basados en la información proporcionada por Triage y se procedió a revisar cada una de las Historias Clínicas, los registros de diagnóstico médico de las Historias Clínicas que cumplían con los criterios de inclusión (1234 Historias Clínicas) fueron transcritos en una ficha de recolección diseñada adhoc (Anexo N°2). Luego de la recolección de la información de los pacientes, se procedió a diseñar una matriz de base de datos y se procesó la información de las "fichas de recolección", el procesamiento de la información se realizó en el programa Excel versión 2007.

Una vez digitada toda la información de los pacientes, se procedió a exportar la base de datos al software STATA versión 12, en donde se procedió a realizar los análisis según los objetivos planteados.

V.6. Plan de análisis

Se diseñó una base de datos en el programa Excel versión 2007, luego se exportó la base al software STATA versión 12 para el análisis de datos. Para el análisis descriptivo se obtuvo de las variables cualitativas las frecuencias relativas y absolutas, y de las cuantitativas, medidas de tendencia central, por ejemplo, media aritmética y mediana; y medidas de dispersión, como desviación estándar (D.E.), dispersión intercuartílica (DIC), coeficiente de variación, valor mínimo y valor máximo. Para el análisis bivariado se procedió a las pruebas de chi-cuadrado para comparar variables cualitativas. Previamente se evaluó los supuestos. El presente estudio contó con un nivel de significancia de 95%.

V.7. Consideraciones éticas

La presente investigación trabajó con los datos de las historias clínicas del servicio de EPE de la Clínica Estomatológica “Roberto Beltrán”, las cuales mantuvo la privacidad de los sujetos evaluados.

Tuvo la aprobación del Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia con la constancia N°256-13-16. (Anexo 3)

Tuvo la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La confidencialidad de los pacientes se guardó mediante códigos y no por nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrarán ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena del estudio sin previo consentimiento.

VI. RESULTADOS

El total de pacientes incluidos en el estudio del Servicio de Estomatología de Pacientes Especiales de la Facultad de Estomatología “Roberto Beltrán” durante el periodo enero 2015 a noviembre 2016 fueron de 1234 (Tabla N°1), de los cuales el 59% fue del sexo femenino (727 pacientes) y el 41% restante, del sexo masculino (507 pacientes). La edad media general de estos pacientes fue de 47.98 años con una desviación estándar de 28.06 (el rango fue de 0 a 100 años). Teniendo en cuenta solo a las mujeres, la edad media de los mismos fue de 51.48 años con una desviación estándar de 25.79 (el rango fue de 0 a 96 años), mientras que la edad media de los hombres fue de 43.06 años con una desviación estándar de 30.38 (el rango fue de 0 a 100 años) (Tabla 2).

Tabla 1. Frecuencia de sexo

Sexo	N	%
Femenino	727	59%
Masculino	507	41%
Total	1,234	100%

Tabla 2. Promedio de edad según sexo

Sexo	Promedio	D.E.	Mediana	DIC	min	Max
Femenino	51,48	25,79	58	17,5	0	96
Masculino	43,06	30,38	42	25	0	100
Total	47,98	28,06	54	21,5	0	100

Patologías Base

En la tabla N°3, podemos observar las cantidad de diagnósticos médicos que se presentan por cada paciente, la tabla muestra que los pacientes evaluados pueden presentar entre uno a tres diagnósticos médicos, presentando que la proporción de los pacientes con un diagnóstico médico fue del 66% (814 pacientes), mientras que el 29% (356 pacientes) son aquellos con dos diagnósticos médicos, el 5% restante son de los pacientes que presentan tres diagnósticos médicos.

En la tabla N°4 se observan las frecuencias de cada uno de los diagnósticos médicos que los pacientes presentaban. De un total de 1718 diagnósticos, las enfermedades del sistema cardiovascular es la que mayor proporción presenta, con un 26.8% (461 diagnósticos), seguido por las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con un 16.4% (281 diagnósticos), como tercer diagnóstico se vio a los trastornos mentales y de comportamiento, con un 11.9% (205 diagnósticos).

Tabla 3. Frecuencia de diagnósticos médicos por pacientes con necesidades especiales

Diagnósticos Médicos por Pacientes con Necesidades Especiales	N	%
Pacientes que presentaba 1 Diagnostico Médico	814	66%
Pacientes que presentaba 2 Diagnostico Médico	356	29%
Pacientes que presentaba 3 Diagnostico Médico	64	5%
Total	1234	100%

Tabla 4. Frecuencia de diagnósticos médicos de pacientes con necesidades especiales

Diagnostico	N	%
Enfermedades del sistema cardiovascular	461	26.8%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	281	16.4%
Trastornos mentales y de comportamiento	205	11.9%
Enfermedades del sistema oseomuscular y del tejido conjuntivo	192	11.2%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	184	10.7%
Enfermedades del sistema nervioso	137	8.0%
Neoplasias	61	3.6%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	38	2.2%
Enfermedades del sistema genitourinario	37	2.2%
Enfermedades del sistema digestivo	35	2.0%
Enfermedades del sistema respiratorio	28	1.6%
Enfermedades del odio y de la apófisis mastoides	14	0.8%
Enfermedades del ojo y sus anexos	14	0.8%
Enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos	13	0.8%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	12	0.7%
Factores que influyen en el estado de salud	6	0.3%
Total	1718	100%

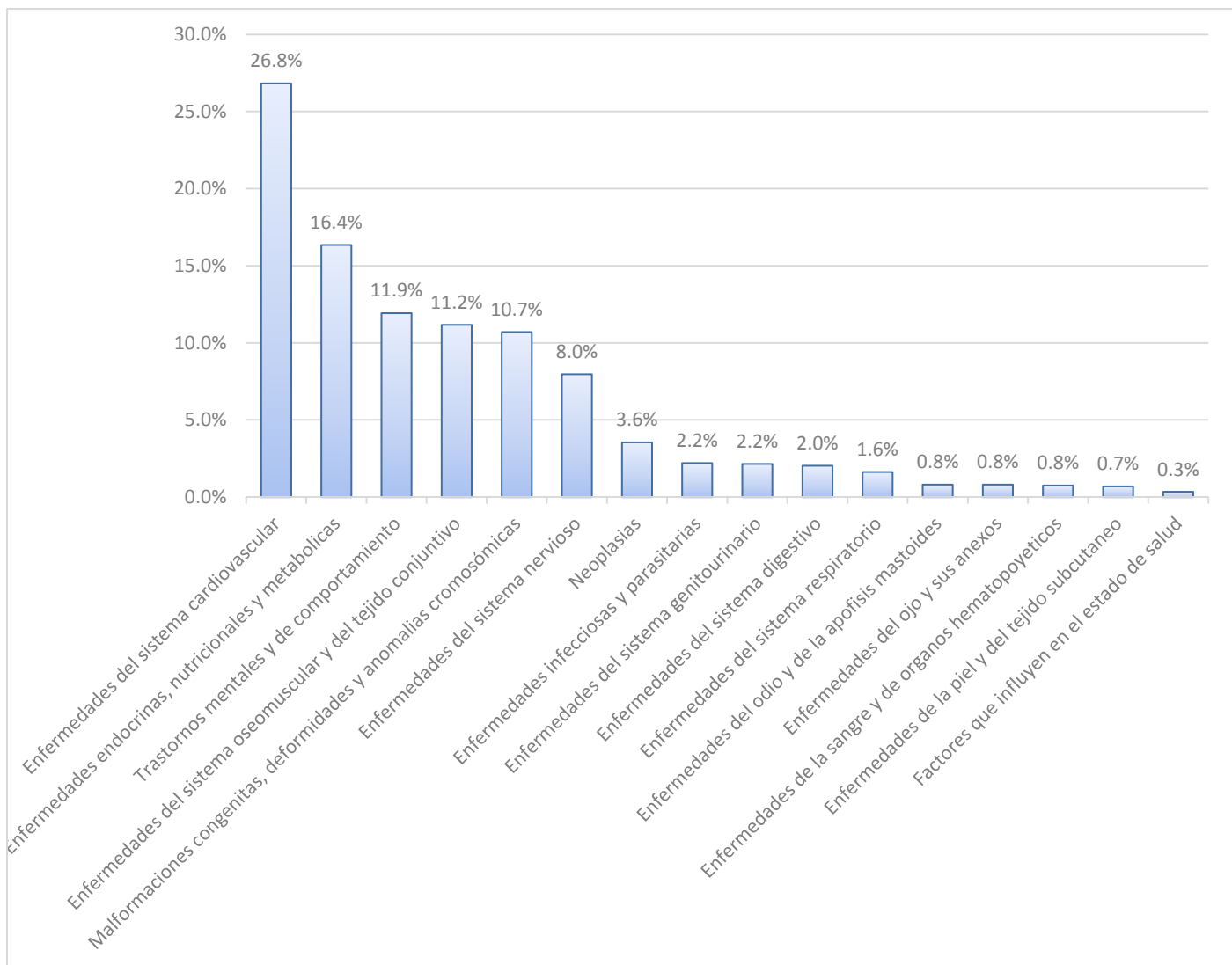


Gráfico 1. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos de pacientes con necesidades especiales

En la tabla N°5 se puede observar la frecuencia de los diagnósticos médicos según el sexo de los pacientes. Podemos ver que la mayoría de los diagnósticos están concentrados en el sexo femenino, como en las enfermedades del sistema cardiovascular en donde el 60.4%, en las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con un 69.4% y en los trastornos mentales y de comportamiento con un 52.7%. No obstante, se observa que el sexo masculino presenta mayor proporción en otros diagnósticos médicos, como en las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con un 55.9%, las enfermedades de sistema nervioso con un 58.3% y las enfermedades infecciosas y parasitarias con un 55.2%.

En la tabla N°6 se puede observar la frecuencia de diagnósticos médicos según el grupo etario de los pacientes. Vemos que en el caso de las enfermedades del sistema cardiovascular, el grupo que mayor frecuencia es el de 70-79 años con un 29.5% (136 diagnósticos); las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas presentan una mayor proporción en el grupo de 60-69 años con un 26.3% (74 diagnósticos); los trastornos mentales y de comportamiento presentan una mayor proporción en el grupo de 20-29 años con un 22.9% (47 diagnósticos); las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo presentan una mayor proporción en el grupo de 80-89 años con un 28,6% (55 diagnósticos); las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas presentan una mayor proporción en el grupo de 0-9 años con un 64,1% (118 diagnósticos); las enfermedades del sistema nervioso presentan una mayor proporción en el grupo 0-9 años con un 21,1% (29 diagnósticos).

Tabla 5. Comparación de diagnósticos médicos de pacientes con necesidades especiales según sexo

	Masculino	Femenino	Total
Enfermedades del sistema cardiovascular	183(39,6%)	278(60,4%)	461
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	87(30,6%)	194(69,4%)	281
Trastornos mentales y de comportamiento	97(47,3%)	108(52,7%)	205
Enfermedades del sistema oseomuscular y del tejido conjuntivo	29(15,1%)	163(84,9%)	192
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	103(55,9%)	81(44,1%)	184
Enfermedades del sistema nervioso	80(58,3%)	57(41,7%)	137
Neoplasias	17(27,8%)	44(72,2%)	61
Enfermedades infecciosas y parasitarias	21(55,2%)	17(44,8%)	38
Enfermedades del sistema genitourinario	18(48,6%)	19(51,4%)	37
Enfermedades del sistema digestivo	11(31,4%)	24(68,6%)	35
Enfermedades del sistema respiratorio	9(32,1%)	19(67,1%)	28
Enfermedades del odio y de la apófisis mastoides	4(28,5%)	10(71,5%)	14
Enfermedades del ojo y sus anexos	4(28,5%)	10(71,5%)	14
Enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos	3(23%)	10(77%)	13
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	3(25%)	9(75%)	12
Factores que influyen en el estado de salud	4(66,6%)	2(33,4%)	6
Total	673(39,2%)	1045(60,8%)	1718

Gráfico 2. Comparación de diagnósticos médicos de pacientes con necesidades especiales según sexo

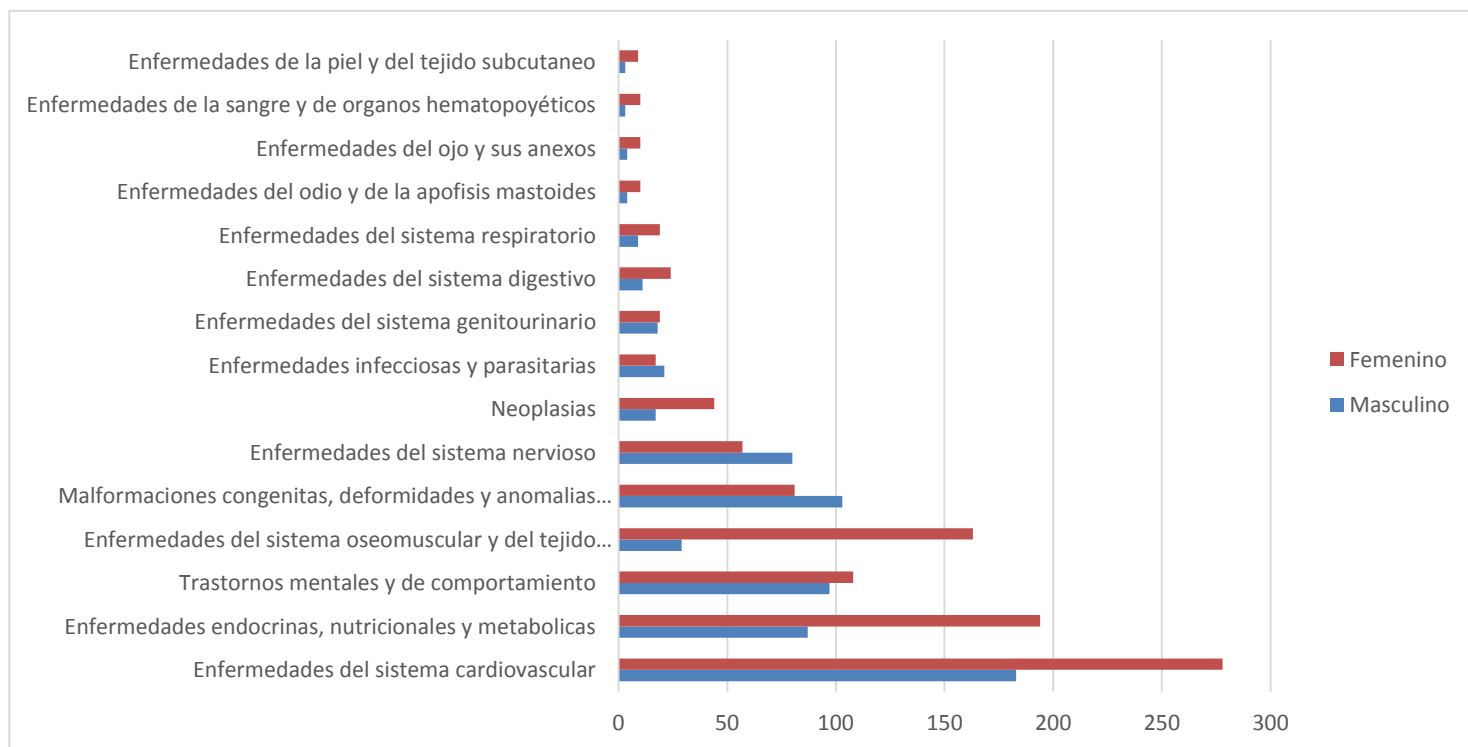


Tabla 6. Comparación de diagnósticos médicos de pacientes con necesidades especiales según edad

	0-9años	10-19años	20-29años	30-39años	40-49años	50-59años	60-69años	70-79años	80-89años	90-100años	Total
Enfermedades del sistema cardiovascular	5(1%)	4(0,8%)	4(0,8%)	6(1,3%)	31(6,7%)	50(10,8%)	97(21%)	136(29,5%)	110(23,8%)	18(4,3%)	461
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1(0,3%)	3(1%)	4(1,4%)	15(5,3%)	22(7,8%)	54(19,2%)	74(26,3%)	73(25,9%)	31(11,4%)	4(1,4%)	281
Trastornos mentales y de comportamiento	36(17,5%)	37(18%)	47(22,9%)	22(10,7%)	30(14,6%)	16(7,8%)	8(3,9%)	5(2,4)	4(2,2%)	0(0%)	205
Enfermedades del sistema oseomuscular y del tejido conjuntivo	0(0%)	1(0,5%)	8(4,1%)	2(1%)	5(2,6%)	20(10,4%)	41(21,3%)	53(27,6%)	55(28,6%)	7(3,9%)	192
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	118(64,1%)	49(26,6%)	7(4%)	5(2,7%)	4(2,1%)	1(0,5%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	184
Enfermedades del sistema nervioso	29(21,1%)	20(14,5%)	14(10,2%)	11(8%)	9(6,5%)	4(2,9%)	8(5,8%)	16(11,6%)	20(14,5%)	6(4,9%)	137
Neoplasias	3(4,9%)	1(1,6%)	5(8,1%)	7(11,4%)	8(13,1%)	9(14,7%)	12(20,1%)	9(14,7%)	7(11,4%)	0(0%)	61
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1(2,6%)	1(2,6%)	7(18,4%)	7(18,4%)	9(23,6%)	7(18,4%)	4(10,5%)	2(5,5%)	0(0%)	0(0%)	38
Enfermedades del sistema genitourinario	2(5,4%)	1(2,7%)	3(8,1%)	3(8,1%)	4(10,8%)	5(13,5%)	6(16,8%)	4(10,8%)	9(23,8%)	0(0%)	37
Enfermedades del sistema digestivo	0(0%)	0(0%)	2(5,7%)	3(8,5%)	3(8,5%)	4(11,4%)	4(11,4%)	11(31,4%)	8(23,1%)	0(0%)	35
Enfermedades del sistema respiratorio	3(10,7%)	0(0%)	5(17,8%)	1(3,5%)	2(7,1%)	1(3,5%)	4(14,2%)	4(14,2%)	6(21,9%)	2(7,1%)	28
Enfermedades del odio y de la apófisis mastoides	1(7,1%)	4(28,9%)	0(0%)	0(0%)	3(21,4%)	2(14,2%)	1(7,1%)	1(7,1%)	2(14,2%)	0(0%)	14
Enfermedades del ojo y sus anexos	0(0%)	0(0%)	2(14,2%)	0(0%)	0(0%)	2(14,2%)	2(14,2%)	2(14,2%)	6(43,2%)	0(0%)	14
Enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos	0(0%)	1(7,6%)	2(15,3%)	3(22,9%)	2(15,3%)	1(7,6%)	3(22,9%)	0(0%)	1(7,6%)	0(0%)	13
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1(8,3%)	0(0%)	3(25%)	0(0%)	1(8,3%)	7(58,4%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	12
Factores que influyen en el estado de salud	0(0%)	0(0%)	1(16,7%)	2(33,3%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(16,7%)	2(33,3%)	0(0%)	6
Total	200(11,6%)	122(7,1%)	114(6,6%)	87(5%)	133(7,7%)	183(10,6%)	264(15,3%)	317(18,4%)	261(15,1%)	37(2,6%)	1718

VI.2 Patologías específicas

Los datos específicos de cada grupo de patología base de los diagnósticos médicos que presentaban los pacientes con necesidades especiales incluidos en el estudio quedan reflejados en las siguientes gráficas.

VI.2.1. Enfermedades del sistema cardiovascular

461 pacientes con necesidades especiales del servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban algún tipo de enfermedad del sistema cardiovascular (26,8%) tratándose de 342 casos de HTA (74,2%), 59 personas presentaban secuelas de ACV (12,8%), 36 personas presentaban arritmia cardiaca (7,8%), 9 personas presentaban insuficiencias cardiacas (2%), 7 personas presentaban angina de pecho (1,5%), 5 personas presentaban estenosis cardiacas (1,1%) y 1 persona presentaba enfermedad de Raynaud, pericarditis aguda y varices (0,2%) respectivamente. (Gráfico 3)

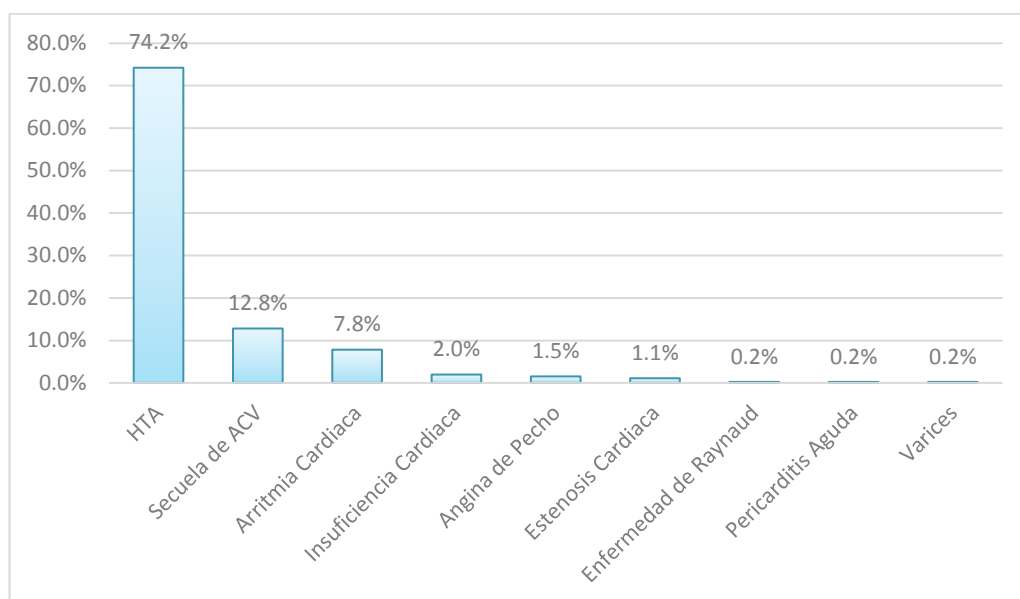


Gráfico 3. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades del sistema cardiovascular

VI.2.2. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

281 pacientes con necesidades especiales del servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban algunos tipos de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (16,4%), tratándose de 193 casos de diabetes mellitus (68,7%), 87 personas presentaban hipotiroidismo (31%), 1 persona presentaba hipertiroidismo (%) y 8 personas presentaban hipertiroidismo (0,4%).(Gráfico 4).

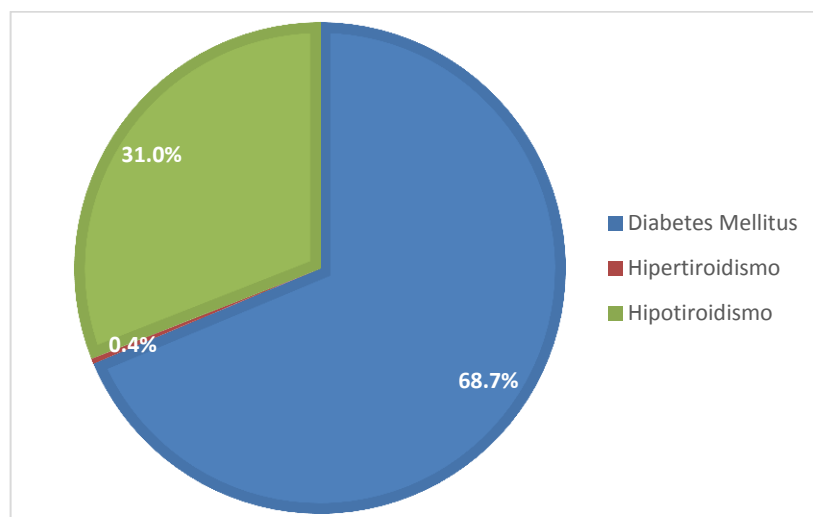


Gráfico 4. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

VI:2.3. Trastornos mentales y de comportamiento

205 pacientes con necesidades especiales del Servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban algún tipo de trastornos mentales y de comportamiento (11,9%), tratándose de 61 casos de retraso mental (29,8%), 58 personas presentaban espectro autista (28,3%), 40 personas presentaban depresión (19,5%), 25 personas presentaban ansiedad (12,2%), 14 personas presentaban esquizofrenia (6,8%), 3 personas presentaban síndrome compulsivo obsesivo (1,5%), 1 persona presentaba trastorno del desarrollo del lenguaje, niño fronterizo, retardo del desarrollo general y síndrome de Rett (0,5%) respectivamente (Gráfico 5).

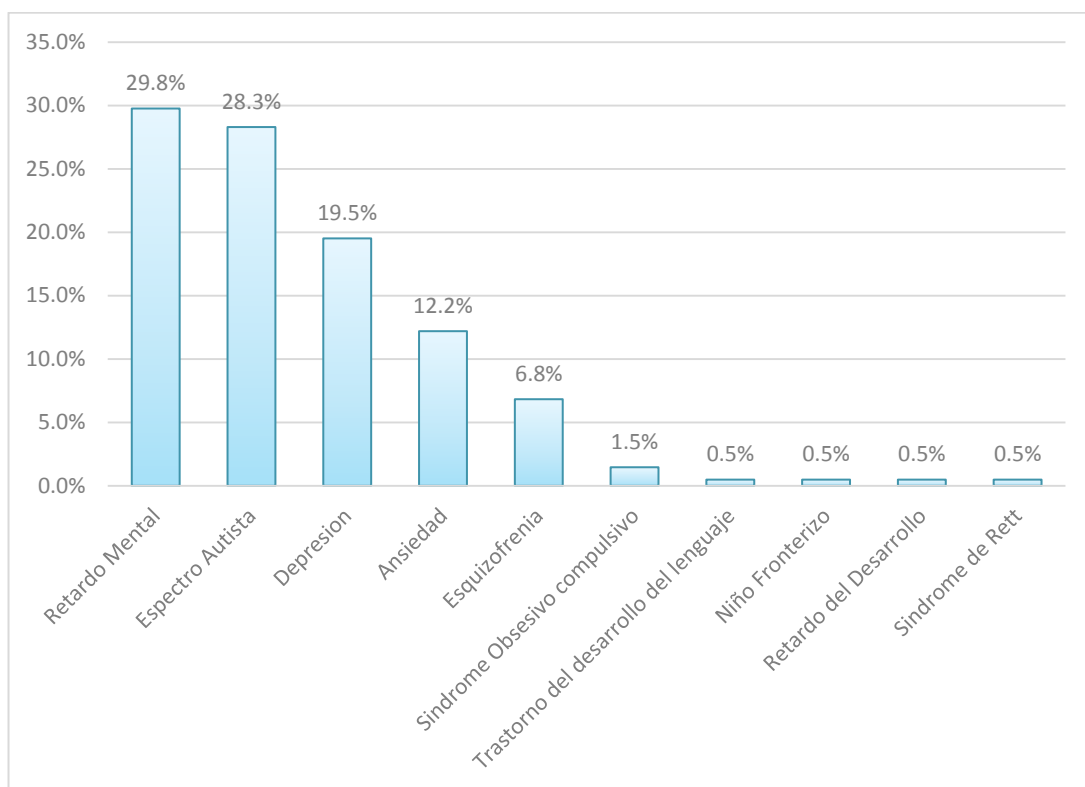


Gráfico 5. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de los trastornos mentales y de comportamiento

VI.2.4. Enfermedades del sistema oseomuscular y del tejido conjuntivo

192 pacientes con necesidades especiales del servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban algún tipo de enfermedades del sistema oseomuscular y del tejido conjuntivo (11,2%), tratándose de 102 casos de osteoporosis (53,1%), 41 personas presentaban artrosis (21,4%), 36 personas presentas artritis (18,8%), 5 personas presentaban escoliosis (2,6%), 3 personas presentaban fibromialgia (1,6%), 2 personas presentaban síndrome de Sjogren (1%) y 1 persona presentaba gota, raquitismo y esclerosis múltiple (0,5%) respectivamente.(Gráfico 6)

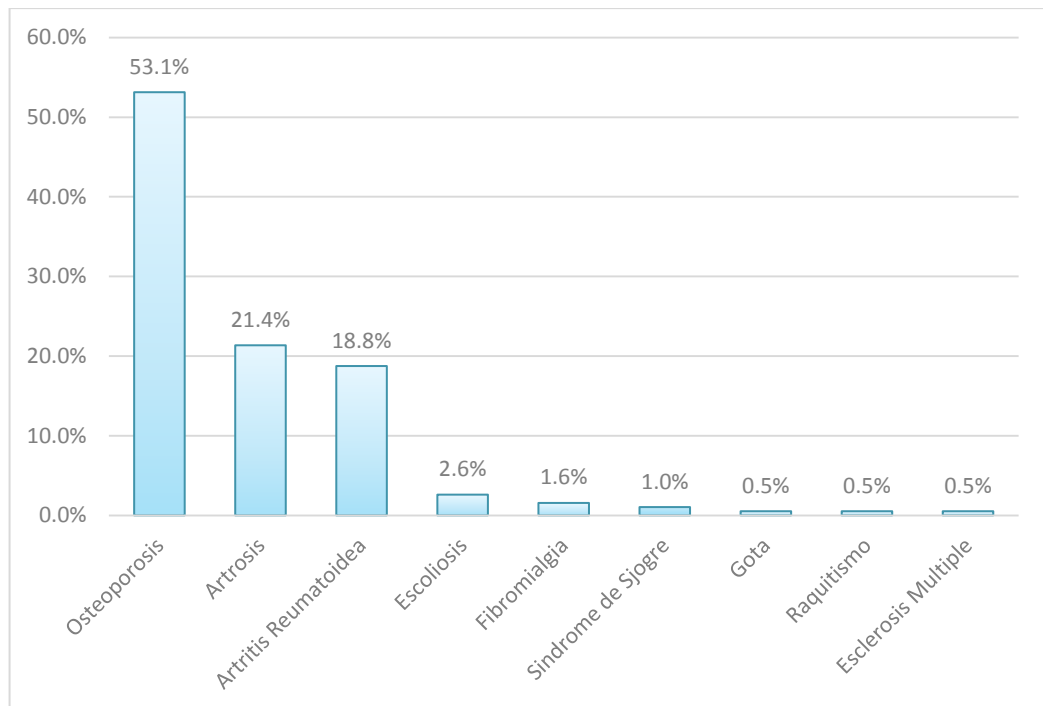


Gráfico 6. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades del sistema oseomuscular y del tejido conjuntivo

VI.2.5. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

184 pacientes con necesidades especiales del Servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban algún tipo de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (10,7%), tratándose de 122 casos de FLAP (66,3%), 48 personas presentaban síndrome de Down (26,1%), 2 personas presentaban microcefalia (1,1%) y 1 persona presentaba síndrome de Crouzon, deformidades congénitas de la cadera, displasia ectodérmica, síndrome de Beckwith, síndrome de Charge, síndrome de Dandy Walker, síndrome de Golderhar, síndrome de Moebius, síndrome de Nonnan, síndrome de Pallister killian, síndrome de Pierre Robin, síndrome de Treacher Collins (0,5%) respectivamente.(Gráfico 7)

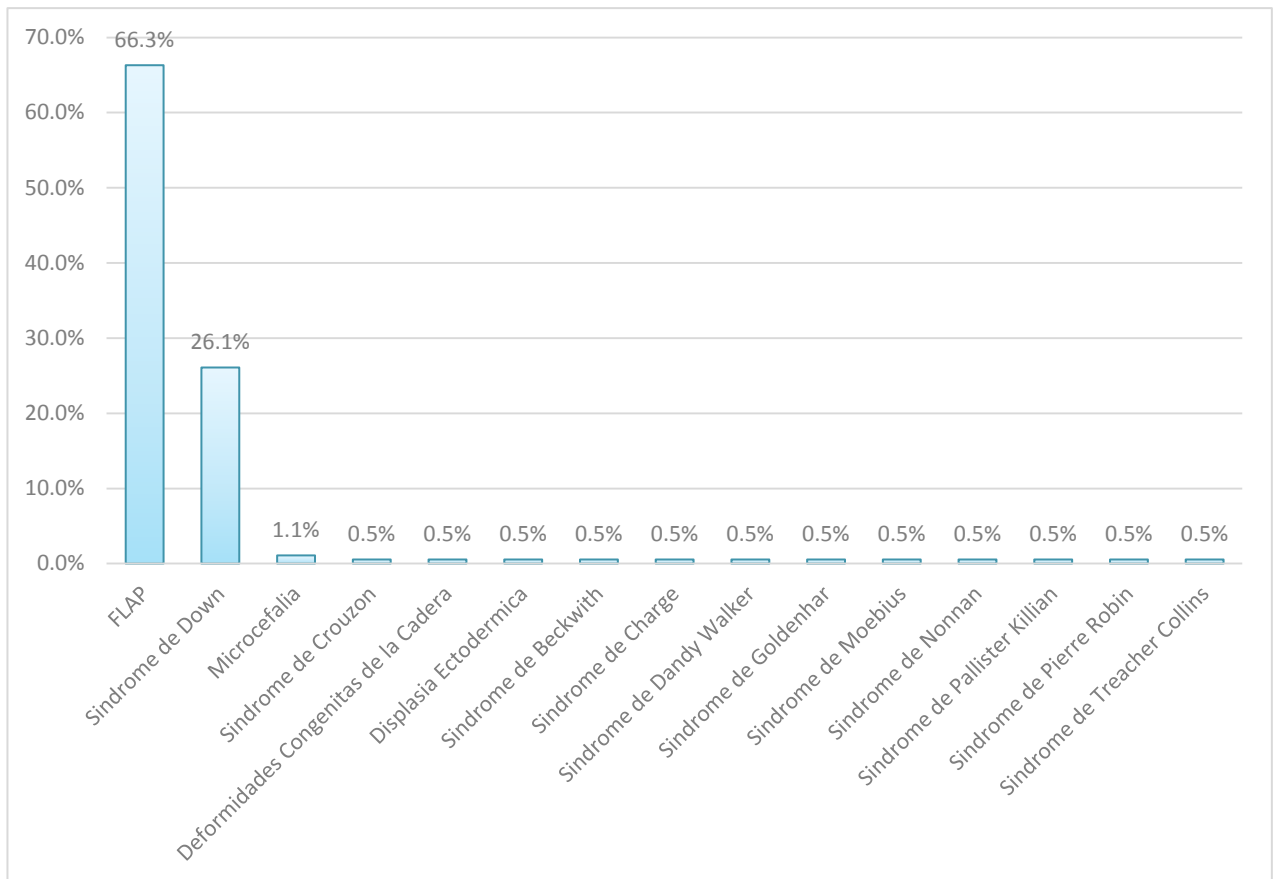


Gráfico 7. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

VI.2.6. Enfermedades del sistema nervioso

137 pacientes con necesidades especiales del servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban algún tipo de enfermedades del sistema nervioso (8%), tratándose de 50 casos de epilepsia (36,5%), 29 personas presentaban parálisis cerebral (21,2%), 24 personas presentaban párkinson (17,5%), 16 personas presentabas alzhéimer (11,7%), 8 personas presentaban parálisis facial (5,8%), 3 personas presentaban síndrome de West (2,2%), 2 personas presentaban hemiplejía y miastenia (1,5%) respectivamente y 1 persona presentaba encefalitis aguda, neuralgia de trigémino y síndrome de Lennox (0,7%) respectivamente.(Gráfico 8)

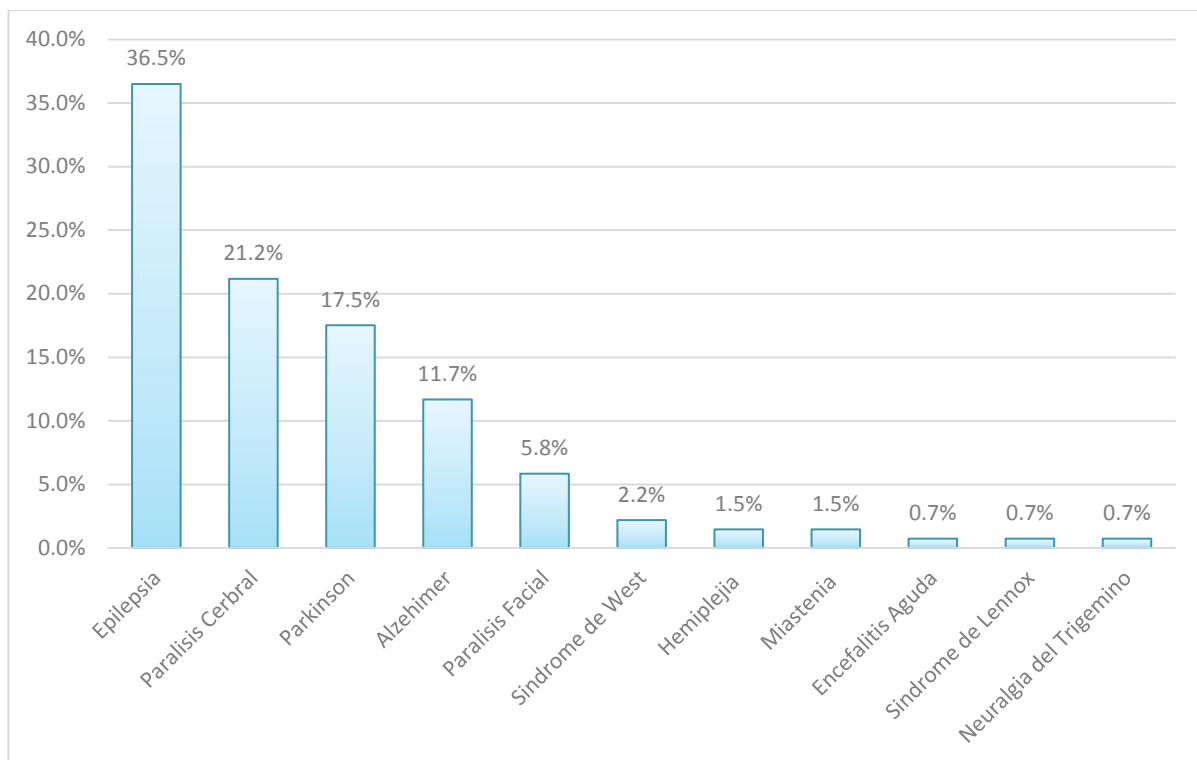


Gráfico 8. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades del sistema nervioso

VI.2.7. Neoplasias

61 pacientes que acudieron al Servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban neoplasia (3,6%), tratándose de 10 personas presentaban leucemia (16,4%), 7 personas presentaban cáncer de mamas (11,5%), 6 personas presentaban mioma en el útero (9,6%), 5 personas presentaban cáncer de tiroides (8,2%), 4 personas presentaban cáncer de lengua y cáncer de próstata (6,6%) respectivamente, 3 personas presentaban linfoma no hodking y tumor benigno en el cerebro (4,9%) respectivamente, 2 personas presentaban cáncer de estómago, cáncer de colon, cáncer de cuello uterino y cáncer de ganglios (1,6%) respectivamente y 1 persona presentaba cáncer de cérvix, cáncer de glándulas sublinguales, cáncer de hígado, cáncer de ovarios, cáncer de paladar duro, carcinoma de seno paranasal, carcinoma del labio, mieloma múltiple, tumor benigno de tiroides, tumor benigno de ganglios y cáncer de cerebro (1,6%) respectivamente. (Gráfico 9)

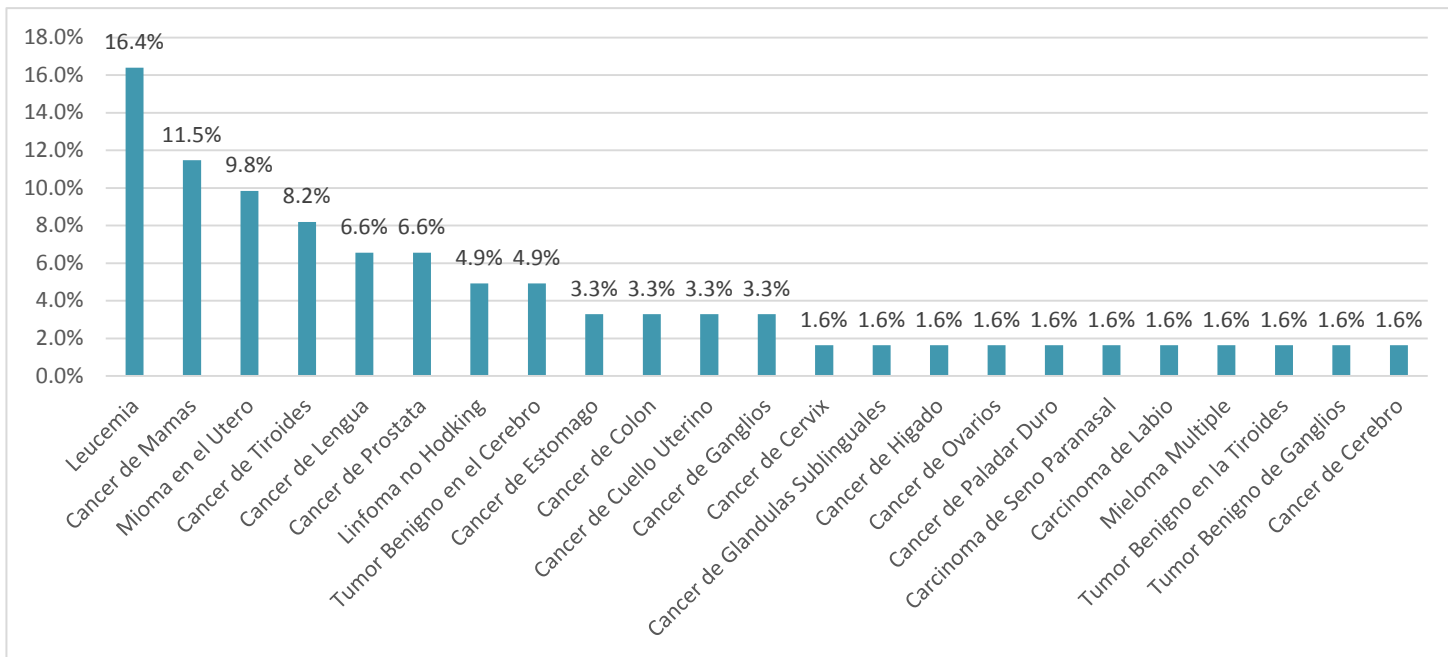


Gráfico 9. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las Neoplasias

VI.2.8. Enfermedades infecciosas y/o parasitarias

38 pacientes con necesidades especiales del servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban algún tipo de enfermedades infecciosas y/o parasitarias (2,2%), tratándose de 24 casos de VIH (63,2%), 6 personas presentaban hepatitis A (15,8%), 2 personas presentaban meningitis y TBC (5,3%) y 1 persona presentaba candidiasis, cisticercosis, poliomielitis, y toxoplasmosis (2,6%) respectivamente. (Gráfico 10)

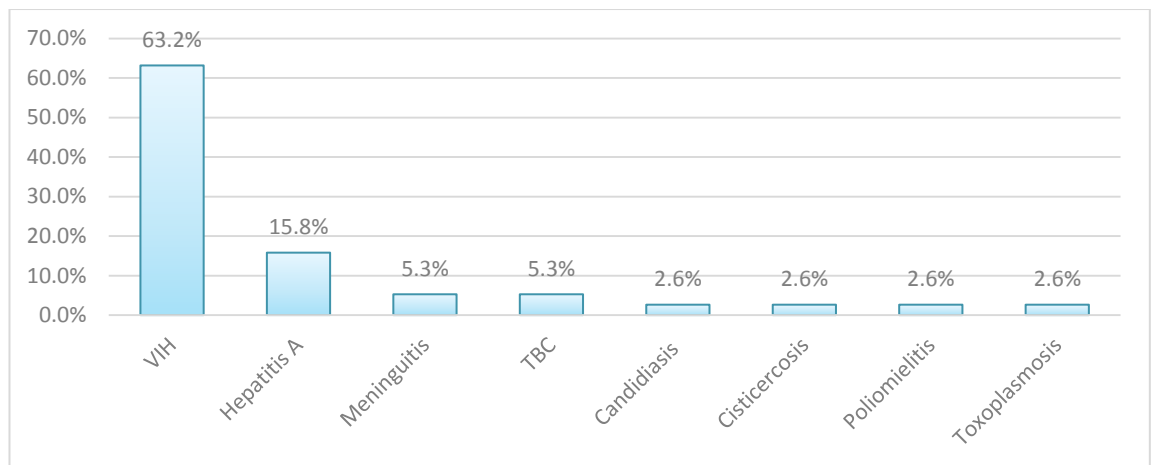


Gráfico 10. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades infecciosas y/o parasitarias

VI.2.9. Enfermedades del sistema genitourinarias

37 pacientes con necesidades especiales del Servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban algún tipo de enfermedades del sistema genitourinarias (2,2%), tratándose de 18 casos que presentaban insuficiencia renal (48,6%), 9 personas presentaban próstata (24,3%), 6 personas presentaban litiasis renal (16,2%) y 2 personas presentaban hidronefrosis del riñón y acidosis tubular renal (5,4%) respectivamente. (Gráfico 11)

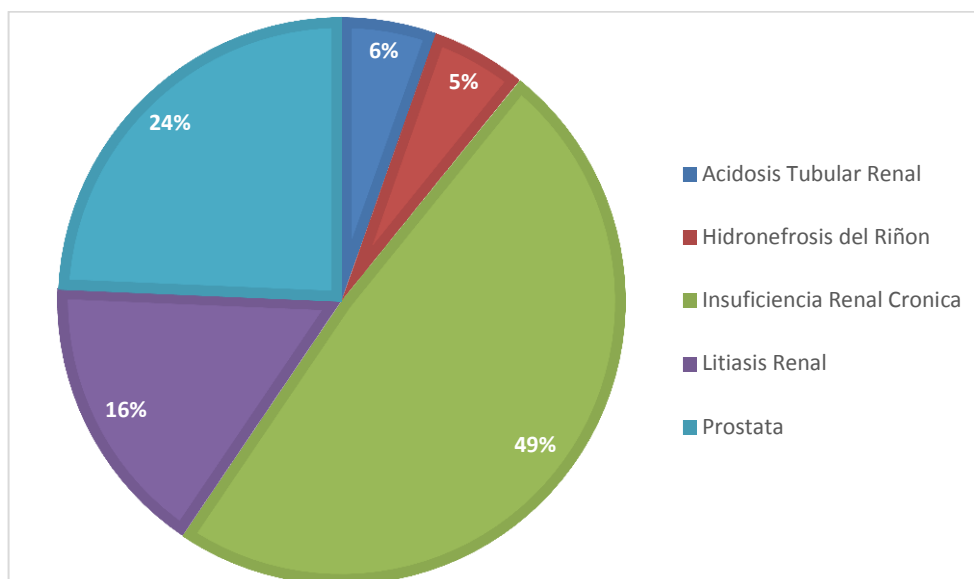


Gráfico 11. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades del sistema genitourinarias

VI.2.10. Enfermedades del sistema digestivo

35 pacientes con necesidades especiales del servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban algún tipo de enfermedades del sistema digestivo (2%), tratándose de 35 casos que presentaban gastritis crónica (100%).

VI.2.11. Enfermedades del sistema respiratorio

28 pacientes con necesidades especiales del servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban algún tipo de enfermedades del sistema respiratorio (1,6%), tratándose de 19 casos que presentaban asma (67,9%), 8 personas presentaban fibrosis pulmonar (28,6%) y 1 persona presentaba neumonía (3,6%).(Gráfico 12)

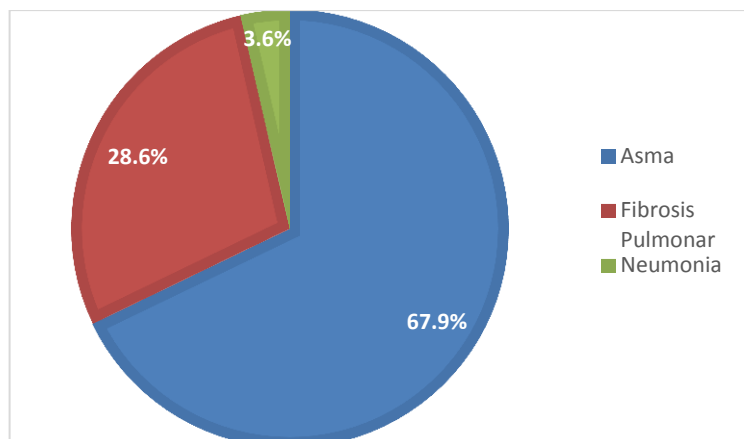


Gráfico 12. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades del sistema respiratorio

VI.2.12. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

14 pacientes con necesidades especiales del servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban algún tipo de enfermedades del oído de la apófisis mastoides (0,8%), tratándose de 13 casos que presentaban hipoacusia (92,9%) y 1 persona presentaba síndrome de Meniere (7,1%).(Gráfico 13)

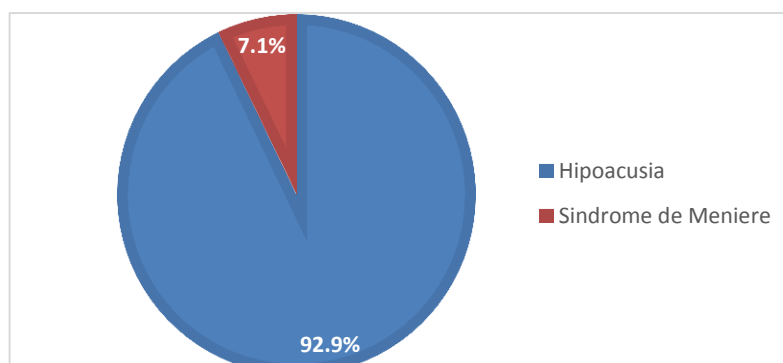


Gráfico 13. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

VI.2.13. Enfermedades del ojo y sus anexos

14 pacientes con necesidades especiales del servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban algún tipo de enfermedades del ojo y sus anexos (0,8%), tratándose de 11 casos que presentaban glaucoma (78,6%) y 3 personas presentaban glaucoma (21,4%).(Gráfico 14)

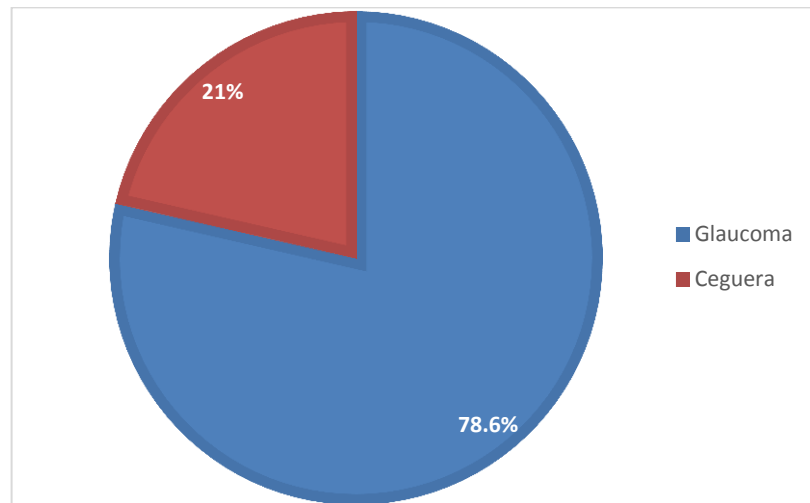


Gráfico 14. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades del ojo y sus anexos

VI.2.14. Enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos

13 pacientes con necesidades especiales del servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban algún tipo de enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos (0,7%), tratándose de 10 casos que presentaban purpura trombocitopenia (76,9%) y 3 personas presentaban anemia (23,1%).(Gráfico 15)

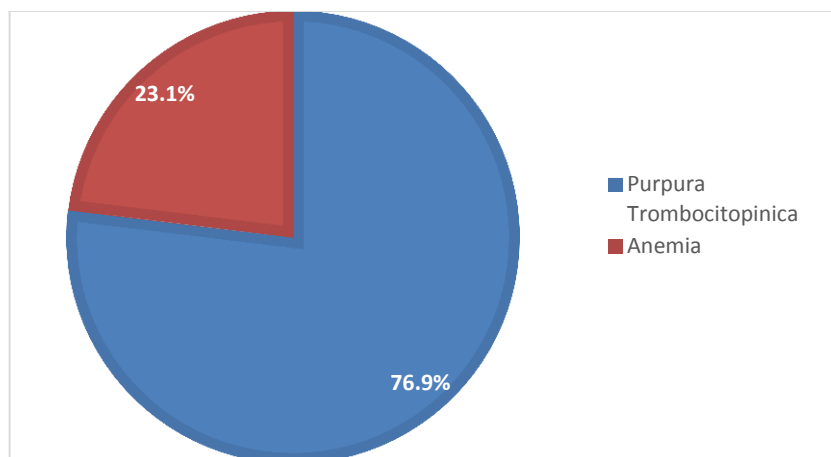


Gráfico 15. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos

VI.2.15. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

12 pacientes con necesidades especiales del servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban algún tipo de enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (0,7%), tratándose de 7 casos que presentaban lupus eritematoso (58,3%) y 1 persona presentaba dermatitis atípica, esclerodermia, pénfigo vulgar, rosácea y psoriasis (8,3%) respectivamente.(Grafico 16)

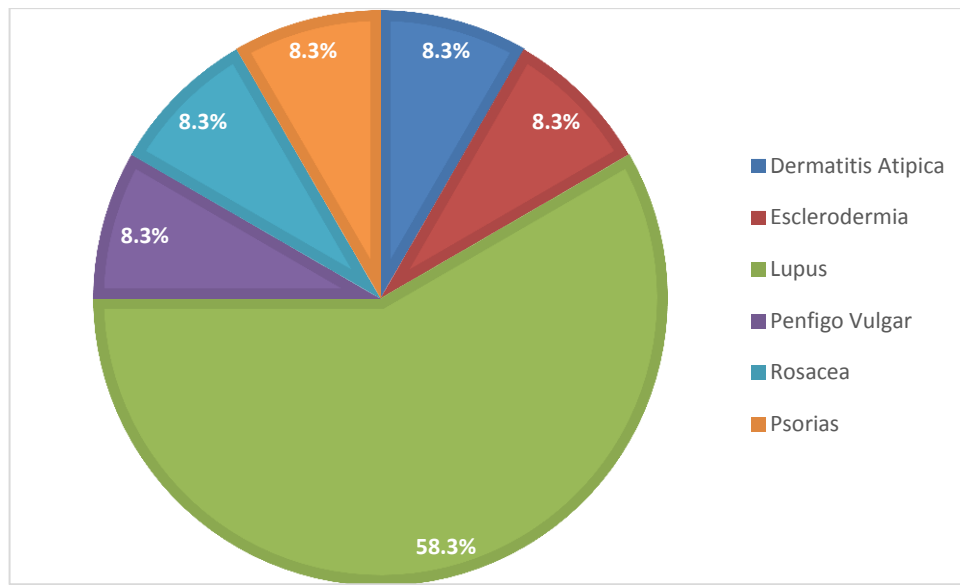


Gráfico 16. Frecuencia relativa de diagnósticos médicos específicos de las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

VI.2.16. Factores que influyen en el estado de salud

6 pacientes con necesidades especiales del servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) presentaban factores que influyen en el estado de salud (0,3%), tratándose de 6 casos de alergia a Penicilina (100%).

VII. DISCUSIÓN

Los estudios de prevalencia son necesarios para establecer protocolos de atención, además de conocer la prevalencia de pacientes con necesidades especiales que acuden al servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) y conocer las necesidades de tratamiento. En el Perú no existen estudios que analicen datos epidemiológicos en los denominados “pacientes con necesidades especiales” realizados en alguna Facultad de Odontología, antecedente que impide comparar el presente estudio con investigaciones similares realizadas en el Perú, hecho que limita la posible discusión del mismo, pero que abre el camino para futuras investigaciones.

En el presente estudio, se incluyen un total de 1234 pacientes que fueron atendidos en el servicio de Estomatología en Pacientes Especiales (EPE), según la OMS estima que 1000 millones de personas (15% de toda la población mundial) presentan algún tipo de necesidad especial y se estima que esta población va a ir en aumento.⁷ En Venezuela, de acuerdo al Programa de Atención de Salud para Personas con Discapacidad estiman que en el año 2006 existían 300500(15%) personas con necesidades especiales.⁵ En Colombia, de acuerdo al registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad existen 1062917(2,25%) personas que presentan alguna necesidad de carácter especial.⁴⁴ En el Perú, de acuerdo al INEI, podemos observar una prevaecía de 5,2% de los pacientes con necesidades especiales.²² Viendo que esta población de pacientes con necesidades especiales va en aumento y se encuentra en un estado de vulnerabilidad y dependencia, debemos estar preparados para que en nuestra consulta podamos atender a estos tipos de pacientes con necesidades especiales.

En el presente estudio 727(59%) fueron mujeres y 507(41%) fueron hombres. Resultado que coincide con el estudio realizado por Fernández et al en la universidad de Santiago de Compostela de España cuya prevalencia de mujeres (57.6%) fue mayor que la de los varones (42.4%), evaluación que realizo en una población de pacientes con necesidades especiales en ciudad de la Coruña.⁴⁵ De igual manera, podemos observar que en un estudio realizado por Hernández et al en la ciudad de Cienfuegos Cuba encontró una mayor prevalencia del sexo femenino (54,9%) que la del sexo masculino (45,1%) en una población de pacientes que presentaban necesidades especiales.¹⁷ En el Perú, en concordancia con nuestro estudio, de acuerdo al INEI, podemos observar una mayor prevalencia del

sexo femenino (52,1%) que el masculino (47,9%) en la población de pacientes con necesidades especiales.²²

En el presente estudio, el grupo de diagnósticos médicos de enfermedades del sistema cardiovascular fue el más prevalente con 26,8%, siendo el género femenino (60,4%) con mayor prevalencia que el género masculino (39,6%) y la mayor prevalencia entre los 60 años a 89 años; siendo el diagnóstico médico específico más frecuente la Hipertensión Arterial (HTA) con 74,2%. Teniendo una visión general, sabemos que la HTA es una de las patologías más prevalentes del mundo, la incidencia tiende a aumentar con la edad y se prevé que a partir de los 60 años, la mitad de esta población presentará HTA.^{14,15} En concordancia con el presente estudio, Amado et al observó 196 pacientes, dentro de los cuales la enfermedad más prevalente fue la HTA con 44,9% en Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona, aunque en el estudio solo se evaluaron a pacientes mayores de 65 años y en el departamento de Implantología Bucal.⁵² En un estudio realizado por Guerrero y Rodríguez en la ciudad de Durango en México, en semejanza parcial con nuestro estudio, se observó que de una población de 5802 personas sanas que provenían de una zona rural y marginal 1271(76,7%) presentaban HTA, de los cuales el género femenino tuvo mayor prevalencia con 1011 personas que el masculino con 260.¹⁵ En discrepancia con el presente estudio, Fernández y Núñez en el servicio de salud de Gallician en España observaron 154 pacientes que acudieron al servicio de odontología, de los cuales solo el 29,2% presentaban HTA, aunque el 41,5% del total presentaban signos y síntomas de pre-HTA, teniendo una incidencia alta de la enfermedad de HTA en algunos años más con un 70,7%.⁴⁷ En el Perú, de acuerdo al INEI, podemos observar una prevalencia de 43,9% en la población de adultos mayores.²² Sin embargo, debemos tener en consideración que no todos los pacientes que acuden a nuestra consulta odontológica presentan HTA diagnosticada y controlada. Fernández et al en un estudio realizado en la Universidad de Santiago de España en el 2010 observó que de 45 pacientes que presentaban HTA solo 12(26,66%) habían sido diagnosticadas previamente y 33(73,34%) personas no sabían que presentaban dicha enfermedad.⁴⁷ Estos resultados muestran la importancia del odontólogo en la detección de una posible HTA, pues debemos ser capaces de diagnosticar dicha enfermedad, por consiguiente, debemos profundizar la anamnesis y realizar una historia clínica completa, además se deben tomar algunas consideraciones para su respectivo tratamiento como es la reducción del stress, la reducción de la ansiedad, la evolución farmacológica y efectos colaterales y el monitoreo de la enfermedad.^{46,47}

En el presente estudio, el grupo de diagnósticos médicos de Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas fue el segundo más prevalente con 16,4%, con una mayor prevalencia en el género femenino (69,4%) que el masculino (30,6%) en un rango de edad dentro de los 60 años hasta los 79 años; dentro de los diagnósticos médicos de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas la más frecuente fue la Diabetes Mellitus con 68,7%, seguido del Hipotiroidismo con 31%. Teniendo una visión general, la OMS estima que en América Latina al 2030 la cifra podría llegar a 32,9 millones de personas, en los Estados Unidos es considerada la tercera causa de muerte, alrededor de 6,2% de la población de Estados Unidos sufre de Diabetes Mellitus.^{14,20,50} En concordancia con nuestro estudio, Hernández et al en la ciudad de Cien Fuegos en Cuba observó una población de 192 personas que acudieron a una consulta odontológica y que presentaban alguna característica especial, siendo una de las enfermedades específicas más prevalentes la Diabetes Mellitus con un 34,37%.¹⁷ En contraste con nuestro estudio, Martínez et al observó 3388 historias médicas de pacientes del Departamento de Medicina y Cirugía Oral de la Universidad Complutense de Madrid de los cuales podemos observar que solo el 6,66% sufren enfermedades endocrinas; esto puede verse reflejado debido a se evaluaron a pacientes mayores de 65 años e incluyeron a todos los pacientes que fueron atendidos en general.⁵¹ Teniendo un panorama global de la Diabetes Mellitus sabemos que la diabetes tipo II es más prevalente a nivel mundial oscilando entre el 2 a 5%, en el grupo de edad de mayores de 65 años la prevalencia puede llegar al 20%, es decir uno de cada cinco ancianos presentaban diabetes. En el Perú, de acuerdo al INEI, podemos observar una prevalencia de 21,8% en la población de adultos mayores. En Perú, de acuerdo a una investigación realizada por la Universidad Cayetano Heredia por el Dr. Zubiarte encontró una prevalencia de diabetes tipo 2, en Lima fue de 7,5%, en Chiclayo de 6,9%, en Piura de 5% calculando así una población aproximada de un millón de personas con diabetes en el Perú.²¹

En el presente estudio, el grupo de diagnósticos médicos de los Trastornos mentales y de comportamiento fue la tercer más prevalente con un 11,9% siendo el género femenino (52,7%) ligeramente más prevalente que el masculino (47,3%) y el rango de edad con mayor prevalencia dentro de los meses de edad hasta los 29 años de edad; dentro de los diagnósticos médicos específicos de los Trastornos mentales y de comportamiento la más prevalente fue el retardo mental con 29,8% seguida del Espectro Autismo con 28,3%; en una visión global, de acuerdo a la Organización Mundial de Salud(OMS) el 3% de la población mundial presenta algún

tipo de retardo mental, siendo África y Asia los continentes con mayor prevalencia de retardo mental y el quinto lugar lo ocupó el continente Latinoamericano con 138000000 personas, la probabilidad incrementa en 6 veces si la madre es mayor de 40 años.^{1,10,31,34,35} En afinidad con nuestro estudio, Dávila et al en el estado de Lara en Venezuela determino una prevalencia de retardo mental leve con un 63,3%, aunque el estudio fue realizado en escuelas especializadas para personas discapacitadas psíquicas o con alteraciones en la conducta.¹ En contraste con nuestro estudio, Rodríguez realizo un estudio en el servicio de Odontopediatría sobre pacientes especiales de la universidad Complutense de Madrid en el cual determino que solo el 7,6% presentaban retardo mental, aunque el estudio solo presento a 211 pacientes de los cuales solo determino la necesidad de tratamientos odontológicos de los pacientes con parálisis cerebral y con retardo mental.⁶ En concordancia con el presente estudio, Hernández et al en un estudio sobre pacientes con necesidades especiales realizado en la ciudad de Cienfuegos en Cuba que acudieron al servicio de odontología determino una prevalencia de pacientes con retraso mental (17,71%) resultado que refleja parcialmente la similitud de prevalencia.¹⁷ De igual manera, Veliz et al en el distrito de San Luis en Lima determino que el 35,3% presentaban algún trastorno mental, resultado que se ve superado con el presente estudio, puede deberse a que no se consideraron otros grupos de enfermedades y el rango de edad solo de 6 años a 93 años.⁴⁸

En el presente estudio, los diagnósticos médicos de las enfermedades del sistema oseomuscular y del tejido conjuntivo tuvieron una prevalencia de 11,2%, siendo el género femenino (84,9%) mucho más prevalente que el masculino (15,1%) y en rango de edad de los 70 a los 89 años. Dentro de este grupo de diagnóstico médico, el más prevalente fue la Osteoporosis con un 53,1%, seguido de la Artrosis con un 21,4%. Teniendo visión global, observamos que esta patología afecta a una edad avanzada y en mayor medida a las mujeres disminuyendo el metabolismo óseo esquelético, esto afecta en gran proporción el trabeculado óseo de la mandíbula siendo de gran interés para el tratamiento odontológico en la planificación del tratamiento. En el Perú según los datos de EsSalud la osteoporosis tiene una prevalencia de 7% en mujeres entre los 40 y 60 años de edad, otro estudio realizado en Perú por la Sociedad Peruana de Reumatología en el año 2001 obtuvo una prevalencia de 41% en mujeres mayores de 50 años.^{55,56}

En el presente estudio podemos observar los diagnósticos médicos de Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en el servicio de Estomatología en Pacientes Especiales (EPE) en una prevalencia de 10,7%,

siendo el género masculino (55,9%) más prevalente que el femenino (44,1%) y en rango de edad de los meses de edad a los 9 años. Dentro de estos diagnósticos médicos podemos encontrar que la Fisura labio alveolo palatina una prevalencia de 66,3% y el síndrome de Down con una prevalencia de 26,1%. En un panorama general del FLAP podemos encontrar que según los datos de la OMS la incidencia varía de 2,7 indígenas americanos por cada 1000 nacimientos, 2 orientales por cada 1000 nacimientos y 1 de cada 2500 por cada nacimiento de raza negra.⁶⁰ En un estudio realizado por Rodríguez et al en el cual se recopiló datos de defectos congénitos en la ciudad de Asturias en España entre los años 1990 al 2004 tuvieron una prevalencia de 0.14% de nacimientos que presentaban defectos en el labio y en el paladar, resultado que contrasta con el presente estudio, pudiendo corresponder a que en el estudio se tomaron datos de todas los nacimientos y que se realizó la recopilación de datos en el servicio de Obstetricia de distintas clínicas.⁵⁸ En relación parcial con nuestro estudio, Sacsquispe et al en el Instituto Especializado Materno Infantil de Lima en Perú entre los años 2001 y 2002 contemplaron una prevalencia de un caso por cada mil nacimientos en el cual presentaban algún defecto en el labio o en el paladar, habiendo diferido con los resultados del presente estudio, siendo uno de los motivos la recopilación de datos de todos los nacimientos durante dos años.⁵⁹ El tratamiento para estos pacientes con Fisura Labio Alveolo Palatina (FLAP) es integral y multidisciplinario, el tratamiento comienza desde los primeros días de nacimiento y se prolonga por largos periodos de tiempo, por tal motivo se debe tener un fluido intercambio con los profesionales de otros servicios ya que el tratamiento del proyecto se convierte en un largo y permanente plazo.⁵⁷

Consideramos que el grupo de diagnósticos médicos de las enfermedades del sistema nervioso merece ser destacada debido a que existen situaciones de estrés que pueden desencadenar una crisis en el consultorio, en nuestro estudio podemos encontrar una prevalencia del diagnóstico médico de 8%, siendo el género masculino (58,3%) más prevalente que el género femenino (41,7%), siendo el diagnóstico médico específico de 36,8% de personas que presentaban epilepsia, seguidas de la Parálisis cerebral con un 21,2%. En un estudio realizado por Hernández et al en la ciudad de Cienfuegos en Cuba observamos que la epilepsia es una de las enfermedades más prevalentes encontradas con un 14,06% en contraste con el presente estudio, esto puede deberse a que la población tuvo un rango de edad mayor. En la población en general podemos encontrar una prevalencia de 1 a 2% de enfermedades del sistema nervioso.^{2,10} En una visión

global de la parálisis cerebral podemos observar una prevalencia de 2 a 3 cada 1000 nacidos vivos en la población mundial, en países en vías de desarrollo esta prevalencia aumenta a 5 de cada 1000 nacidos vivos.^{30,54} En un estudio realizado por Robaina et al en la provincia de Matanzas en Cuba entre los años 1996 al 2002, de una población de 58787 tuvieron una prevalencia de 107 personas con parálisis cerebral, siendo una prevalencia menor al de nuestro estudio, debido a que se tomaron a todos las personas de la provincia de Matanzas.⁵⁴ En un estudio realizado por Taboada et al realizado en el estado plurinacional de Bolivia entre los años 2009 al 2012 podemos observar una prevalencia de 1961 personas que presentaban parálisis cerebral, con una prevalencia un poco menor a nuestro estudio debido a que las características de los estudios son diferentes.³⁰ En una visión general en Lima la prevalencia de parálisis cerebral fue de 5,2 por cada 1000 nacidos vivos.¹³

Con respecto a los diagnósticos médicos de pacientes con necesidades especiales de neoplasias que acudieron al servicio de Estomatología en Pacientes Especiales(EPE) podemos observar una prevalencia de 3,6% en nuestro estudio siendo el género femenino (72,2%) más prevalente que el género masculino (27,8%), siendo el diagnostico medico especifico la leucemia con una prevalencia de 16,4%. En una visión general podemos observar que existe un incremento de cáncer en la población mundial, según la Organización Mundial de la Salud(OMS) en el censo del 2005 encontró una tasa de mortalidad anual de 7,6 millones de personas; de esta tasa poblacional corresponde a 5,5 millones a países en vías de desarrollo como el nuestro.⁶¹ Sin duda, para poder reducir la tasa de mortalidad debemos realizar un diagnóstico precoz y de control en la población en general siendo un reto de la salud pública realizar políticas adecuadas para la prevención y detecciones oncológicas. Es imprescindible realizar programas académicos a todos los profesionales de la salud con respecto a la detección mínima del diagnóstico de cáncer.^{61,62,63} Los pacientes a los que se realizan los tratamientos de quimioterapia o radioterapia pueden experimentar complicaciones en la cavidad oral, entre las más comunes podemos encontrar la mucositis, sangrado gingival, osteoradionecrosis y xerostomía.⁶³ Debe realizarse un tratamiento integral antes que realizar la radioterapia o quimioterapia, siendo de mucha importancia la comunicación entre el odontólogo y el medico oncológico.⁶²

En el presente estudio podemos observar una prevalencia de 2,2% de enfermedades infecciosas siendo el género masculino (55,2%) con mayor prevalencia que el género femenino (44,8%) dentro del rango de edad entre los 20

años hasta los 59 años de edad, de las cuales podemos encontrar el diagnóstico médico de 63,2% personas con VIH. En un panorama general consideramos que es importante conocer tanto las enfermedades transmisibles y medios de transmisión, en la práctica odontológica la transmisión puede ocurrir de diversas maneras como salpicaduras de sangre, saliva o secreciones nasofaríngeas, también puede darse por los instrumentos, equipos y superficies de ambientes contaminadas.^{65,68} En el mundo se estima que 35 millones de personas vivían con VIH en el año 2013, según la FDI en Los Desafíos de las Enfermedades Bucodentales podemos observar que la mayor prevalencia de personas que viven con VIH la encontramos en Sudáfrica con un 16% de la población, en América Latina podemos encontrar una prevalencia del 2% de toda la población que viven con VIH, en el Perú, de acuerdo con el Ministerio de Salud en el 2010 podemos observar una prevalencia de 0,45% de VIH siendo la relación de hombre a mujer de 3:1 respectivamente y la principal vía de transmisión fue la sexual con un 77%.^{64,65} Considerando de vital importancia realizar una historia clínica completa y exhaustiva pues en un estudio realizado en la ciudad de Barquisimeto-Venezuela podemos observar que los pacientes que acuden a una consulta odontológica 52,7% no se identifica como un paciente portador de VIH.⁶⁷ Por tal motivo, todo personal de salud debe estar capacitado en las medidas de bioseguridad y de barrera teniendo en cuenta los protocolos de bioseguridad establecidos y someterse a seguimientos periódicos en el tiempo.^{66,68}

Una vez evaluados y analizados todos los datos, es necesario plantearnos que los odontólogos reciban una educación más específica sobre los pacientes con necesidades especiales, pues algunos odontólogos no sienten estar preparados o dispuestos para realizar algún tratamiento a estos pacientes especiales. En un estudio realizado en el 2002 determinó que los odontólogos no reciben una formación suficiente para prestar atención a los pacientes con necesidades especiales, ni tampoco logran una adecuada experiencia en el tratamiento de los pacientes con necesidad especial durante su formación.⁷¹ En un estudio en el 2011 determinó que los odontólogos, que en su formación atendieron a más pacientes con necesidades especiales tienden a realizar mayor cantidad de atenciones cuando son profesionales.⁷² Por consiguiente, los profesionales odontólogos que en su formación han recibido educación teórica como práctica, se sienten más cómodos a la hora de realizar tratamientos a estos pacientes con necesidad especial.⁷⁰

En el Perú se declaran los años entre 2009 y 2018 como el “Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú”, con la finalidad que la constitución de la Republica Peruana reconozca a todas las personas con necesidades especiales en su libre desarrollo y bienestar, como también una equidad en la ley; incentivando así la reflexión y conocimiento de estos temas a nivel nacional, impulsando proyectos, programas para todos los sectores, a fin de alcanzar la inclusión y participación en todo aspecto de la sociedad, de las personas con necesidades especiales.⁶⁹ El 24 de diciembre del 2012 se promulgo la ley general de la persona con discapacidad N° 29973 cuyo finalidad fue de establecer el marco legal para la protección, promoción y realización de las personas con necesidades especiales, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida política, económica, social, cultural y tecnológica.¹¹ Por consiguiente, el Perú impulsa la idea de salud para todos, llevando la salud a las poblaciones vulnerables como son las personas con necesidades especiales.

VIII. CONCLUSIONES

- El diagnóstico médico más frecuente de los pacientes con necesidades especiales que fueron atendidos en el Servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE) entre los años 2015 y 2016 fue enfermedades del sistema cardiovascular, con una prevalencia de 26,8%.
- Las enfermedades cardiovasculares constituyen el diagnóstico médico con mayor prevalencia en el grupo etario de 70 a 79 años.
- El número de diagnósticos médicos por cada paciente con necesidades especiales fue: con, un diagnóstico médico 66%, dos diagnósticos médicos 29%, tres diagnósticos médicos 5%.
- Los diagnósticos médicos más frecuentes se realizaron al sexo femenino con una prevalencia de 60,8%.
- De manera complementaria, podemos observar que, dentro del grupo más prevalente de las enfermedades del sistema cardiovascular podemos encontrar a la HTA con una prevalencia de 74,2%; dentro del segundo grupo más prevalente de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas podemos encontrar a la diabetes mellitus con una prevalencia de 68,7%.

IX. RECOMENDACIONES

- En futuros proyectos de investigación será de gran valor aumentar el tamaño de muestra.
- Mejorar el registro de datos en el servicio de Estomatología de Pacientes Especiales, para poder homogenizar la recolección de datos. Realizar programas de capacitación y charlas educativas de diagnósticos médicos más prevalentes para el equipo multidisciplinario de salud estomatológica, entre ellas el asistente dental, técnico dental, odontólogo.
- Se recomienda optimizar la bioseguridad en la atención odontológica de pacientes especiales.
- Registrar todos los datos incluyendo los antropométricos como peso y talla. Fomentar las políticas públicas en salud bucal para esta población vulnerable de pacientes con necesidades especiales.
- Es necesario que los futuros odontólogos reciban una formación específica en el manejo y tratamiento de los pacientes con necesidades especiales para proporcionar una mejor calidad de vida y de atención especializada a esta población que en estos momentos se encuentra vulnerable.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dávila M , Gil M , Daza D, Bullones X, Ugel E. Caries Dental en Personas con Retraso Mental y Síndrome de Down. Rev. salud pública. 8 (3):207-213, 2006
2. Ganem I. Odontología para niños con capacidades especiales. DentalCare. 2001:1-12.
3. García C, Palma C. Integración de la salud oral en el bienestar general del Paciente con necesidades especiales. Den Clin.2004:1-5.
4. Organización mundial de la salud. Clasificación de Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud, Decima revisión, 2013.
5. Morales M, Martínez J. El tratamiento de pacientes con necesidades Especiales. 2013; 10(5):1-30.
6. Rodríguez N. Estudio comparativo de las patologías orales entre dos poblaciones de pacientes especiales. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Odontología; 2012.
7. Portal de Organización Mundial de la Salud [Página principal en Internet], OMS 2016 [acceso 30 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
8. Portal de Naciones Unidas [Página principal en Internet], UN 2016 [acceso 30 mayo 2016]. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/disabilitiesday/>
9. Tan N, Rodríguez A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev Cubana Estomatol.2001;38(3):181-91.
10. Silvestre F, Plaza A. Odontología en pacientes especiales. España: Maite Simón. 2007.
11. Ley General de la Persona con Discapacidad N°29973. Diario Oficial el Peruano. Perú. 24 de Diciembre del 2012.
12. Bratos M. Estomatología preventiva para minusválidos psíquicos y físicos: 4 años de programa preventivo[tesis doctoral]. Universidad Complutense: Madrid.;1997.
13. Segura C, Pacini M. Anomalías Dentofaciales Asociadas a Parálisis Cerebral en Niños Peruanos. KIRU. 2013; 10(2): 96-100.
14. Secretaria Distrital de Salud-Institucion universitaria colegios de Colombia. Guia Practica Clinica en Salud Oral: Pacientes con compromiso sistémico.2010.

15. Guerrero J, Rodriguez M. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada. Salud Publica Mexico. 1998; 40(4): 339-346.
16. Huerta B. Factores de Riesgos para la Hipertension. INCICH. 2001; 71(1): 208-210
17. Hernández-Millán A, Sueiro-Sánchez I, Manresa-Peñalver C, Hernández-Millán Z, Hurtado-Sánchez D, Barrio-Pedraza T. Determinación del estado de salud bucal en pacientes discapacitados del Área VII en Cienfuegos. Revista Finlay [revista en Internet]. 2014 [citado 2015 Mar 26]; 4(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/287>.
18. Portal del Ministerio de Salud de Perú [Página principal en Internet], Lima: Minsiterio de Salud, 2016 [actualizada en marzo del 2016; acceso 15 mayo 2016]. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=5&lcobj=1&lcper=1&lcfreq=4/3/2016
19. Barreras I, Garcia J. Manejo de pacientes con enfermedad sistémica y urgencias de consultorio [tesis].Universidad Autonoma del Estado de Puebla:Mexico;1995.
20. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2006; 29: 543-548.
21. Santisteban S. Aspectos epidemiológicos y genéticos de la diabete mellitus. 2007.
22. Instituto Nacional de Estadistica e Informatica. Perú, Características de la Poblacion con Discapacidad. Peru. 2012.
23. Ministerio de salud de Chile. Guia clínica de la Enfermedad de Parkinson. Santiago. Minsal. 2010.
24. ONUSIDA. El Sida en cifras 2015. Suiza. 2015
25. Harris R, Mesa F, Diaz A. Fisiopatología y manifestaciones bucales de la enfermedad de Parkinson: Una revisión actualizada. Av. Odontoestomatol. 2013; 29(3): 151-157.
26. De la Casa B. Guía informática de la Enfermedad de Parkinson.2013.
27. Grupo MBE Galicia. Enfermedad de Parkinson. Guías Clinicas.2006.
28. Portal del Ministerio de Salud de Perú [Página principal en Internet], Lima: Minsiterio de Salud, 2016 [actualizada en abril del 2016; acceso 15 mayo 2016]. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=94&lcobj=5&lcper=2&lcfreq=7/4/2016

29. Bahena Y, Bernal-Marquez JN. Calidad de vida de los pacientes con paraplejía secundaria a lesión vertebral traumática. *Acta Ortopédica Mexicana* 2007; 21(1): Ene.-Feb: 3-7.
30. Taboada N, et al. Epidemiología de la parálisis cerebral en el estado Plurinacional de Bolivia, 2009-2012. *Rev. Peruana Epidemiol.* 2013; 17(2): 1-7.
31. Nazer J, Aguilar A, Cifuentes L. Vigilancia epidemiológica del síndrome de Down en Chile, 1972 a 2005. *Rev. Med. Chil.* 2006; 134: 1-9.
32. Davila M, Gil M, Daza D, Bullones X, Ugel E. Caries Dental en personas con retraso mental y síndrome de Down. *Rev. Salud Publica.* 2006; 8(3): 207-213.
33. Ramirez R, Isaza C, Gutierrez M. La incidencia del síndrome de Down en Cali. *Colombia Med* 1996; 27: (3-4): 138-42.
34. Ferrero M, Alonso F, Cendan I, Roca J, Estevez M. Tendencias del síndrome de Down en Cuba. Su relación con edad materna y tasa de fecundidad. *Rev. Cubana Pediatr.* 1998; 70(3): 141-7.
35. Gomez JF, Cruz S. Síndrome de Down. 2008: 148.
36. Rubens D, Alicia B. La enfermedad periodontal asociada al paciente con síndrome de Down. *Odontología.* 2011; 18(18):4-15.
37. Miki P, Valdivieso M. Características craneo-faciales en pacientes con síndrome de Down en dos colegios de educación especial en Lima. *Rev. Estomatologica Heredia.* 2004; 14(1-2): 51-53
38. Culebras E, Silvestre J, Silvestre FJ. Alteraciones odonto-estomatológicas en el niño con síndrome de Down. *Rev Esp Pediatr* 2012; 68(6): 434-439.
39. Arreaza A. Enfermedad de Alzheimer: Consideraciones odontológicas. *Rev. Odontologica Venezolana.* 2007; 45(1): 1-6.
40. Reuland-Bosma W, Van der Reijden WA, Van Winkelhoff AJ. Absence of a specific subgingival microflora in adults with Down's syndrome. *J Clin Periodontol.* 2001; 28(11): 1004-1009.
41. Marulanda J, Betancur J, Espinosa S, Gómez J, Tapias A. Salud oral en discapacitados. *Revista CES Odontología.* 2011; 24 (1).
42. Kaminker P, Armando R. Síndrome de Down. Segunda parte: estudios genéticos y función del pediatra. *Arch Argent Pediatr.* 2008; 106(4): 334-340.
43. San Miguel A, Rodríguez J, Alonso N, Calvo B, Lobo R, Arranz M, Martín-Gil F. Principales marcadores diagnósticos en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de diagnóstico biológico.* 2005; 54(3): 263-267
44. Gomez N, Moncada K, Gutierrez J, Jimenez P, Giraldo M. Manejo Odontológico en pacientes con discapacidad. *Revista CES Odontología.* 2012; 24(1)

45. Fernández-Feijoo J, Garea R, Fernandez M, Tomas C, Diniz M, Limeres J. Prevalence of systemic diseases among patient requesting dental consultation in the public and private systems. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012; 17(1): 89-93.
46. San Martin C, Hampel H, Villanueva J. Manejo Ondotologico del Paciente Hipertenso. *Revista Dental de Chile*. 2001; 92(2): 34-40.
47. Fernández-Feijoo J, Nuñez J, Limeres J, Pérez E, Tomás I. Screaming for hypertension in a Primary Care Dental clinic. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010; 15(3): 467-72.
48. Soto R, Vallejo R, Campos R, Agüero Z, Bernal N, Camargo J, et al. Situacion bucal de pobladores con discapacidades en el distrito de San Luis – Lima. *Rev Estomatol Herediana*. 2009; 19(1): 18-20.
49. Chander L, Martinez A, Bullón P. Valoracion del riesgo medico en la consulta dental mediante la encuesta EMRRH. *Med Oral*. 2004; 9(1): 309-20.
50. Abraham-Inpijn L, Russell G, Abraham D, Backman N, Baum E, Bullón P, et al. A patient-administered Medical Risk Related History questionnaire (EMRRH) for use in 10 European countries. *Oral Surg Oral Med Oral Phatol Oral Radiol Endod*. 2008; 105(5): 597-605.
51. Martinez J, Martin F, Barona C, Martinez N, Calvo J. Social demand for oral surgery in third age patients and its association with systemic pathologies. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010; 15(6): 875-879.
52. Amado S, Valmaseda E, Berini L, Gay C. Complicaciones de la cirugía ambulatoria en pacientes mayores a 65 años. *Med Oral*. 2004; 9(1): 253-62.
53. Abad C, Artigás J, Bohórquez D, Canal R, Diez A, Dorado M, et al. Guia de Practica Clinica para el Manejo de Pacientes con Transtorno Espectro Autista en Atencion Primaria. *Rev Ministerio de Ciencias y Comunicación*. 2009; 1(1): 1-52.
54. Robaina G, Riesgo S. Prevalencia y tendencia de la parálisis cerebral en Matanzas: años de nacimiento 1996-2002. *Rev. Panorama Cuba y Salud*. 2009; 4(3): 22-28.
55. Guercio E. La osteoporosis. Sus efectos en la cavidad oral. Ediciones. 1999; 37(2): 1-5.
56. Portal del Ministerio de Salud de Perú [Página principal en Internet], Lima: Minsiterio de Salud, 2012 [actualizada en marzo del 2012; acceso 26 agosto 2016]. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2012/osteoporosis/index.html>

57. Carmen-Rosas M. Manejo estomatológico integral en la clínica de labio y paladar hendido del Hospital General <Dr. Manuel Gea Gonzales> de la Ciudad de México. *Rev Cir Plast.* 2012; 22(2): 75-80.
58. Dehli C, Tenreiro C, Lopez E, Toral J, Fernandez A, Galán I. Epidemiología de las fisuras labiales y palatinas durante los años 1990-2004 en Asturias. *An Pediatr (Barc).* 2010; 73(3): 132-37.
59. Sacsquispe S, Ortiz L. Prevalencia de labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo. *Rev Estomatol Herediana.* 2004; 14(1-2): 54-58.
60. Beltran M. Características epidemiológicas en pacientes con fisura labiopalatina. *Arch Inv Mat Inf.* 2009; 1(3): 105-09.
61. Reyes C. Perspectivas y expectativas de la odontología frente al cáncer oral. *Cir Ciruj.* 2009; 77(1): 1-2.
62. Caribe F, Chimenos E, Lopez J, Finestres F, Guix B. Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral. *Med Oral.* 2003; 8(1): 178-87.
63. Rocha A, Jojoa A. Manejo odontológico de las complicaciones orales secundarias al tratamiento oncológico con quimioterapia y radioterapia. *Rev CES Odont.* 2011; 24(2): 71-78.
64. Hescot P. El desafío de las enfermedades bucodentales – Una llamada a la acción global. *Atlas de Salud Bucodental.* 2015; 2(1): 12-88.
65. Espeso N, Travieso Y, Martínez S, Puig L. Factores de riesgo profesional en estomatología. *Rev Estomatol Integral.* 2001; 1(1): 9-17.
66. Harold J. Manifestaciones orales asociadas a la infección por VIH/SIDA en 123 pacientes del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. *Rev Fac Med Un Col.* 1995; 43(4): 188-93.
67. Elena M, Antonieta Z, Jose H, Elena E. Diagnóstico bucal de las personas que viven con VIH/SIDA. *Revista Odontologica de los Andes.* 2009; 4(2): 13-20.
68. Begoya G. Revisión de las normas de bioseguridad en la atención odontológica, con un enfoque en VIH/SIDA. *Univ Odontol.* 2010; 29(62): 45-51.
69. Decreto Supremo N°015-2006-MIMDES. *Diario Oficial el Peruano.* Perú. 25 de Noviembre del 2009.
70. Limeres J, Vazquez E, Medina J, Tomas I, Fernandez J, Diz P. Evaluación preanestésica de discapacitados severos susceptibles de tratamiento odontológico bajo anestesia general. *Med Oral.* 2003; 8(1): 353-60.
71. Schewek D, Stoeckel D, Rieken S. Surgery of special patient care programs at US and Canadian Dental schools. *Journal of Dental Education.* 2007; 71(9): 1153-59.

72. Chavez E, Subar P, Miles J, Wong A, LaBarre E, Glassman P. Perception of predoctoral dental education and practice patterns in special care dentistry. *Journal of Dental Education*. 2010; 75(6): 726-32.

ANEXOS

ANEXO N°1:



**UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA**

CAR-DAMCIBUM-FE-421-2016

Lima, 23 de noviembre de 2016

Señor
Héctor Tomás Leyva Mondragón
Bachiller en Estomatología
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Presente.-

Estimado Sr. Leyva:

En atención a su carta sobre apoyo para su trabajo de investigación: *"Identificación de enfermedades sistémicas y condiciones discapacitantes en pacientes atendidos en el Servicio de Estomatología en Pacientes Especiales de la Clínica Estomatológica de la Facultad de Estomatología "Roberto Beltrán"*, comunico a usted que está autorizado para recolectar diagnósticos médicos de los pacientes atendidos en el Servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE).

En virtud de ello, agradeceré coordinar con la Dra. Lillie Abanto Silva, Coordinadora del mencionado Servicio.

Atentamente,




Mg. Fredy Gutiérrez V.
Jefe
Departamento Académico de Medicina y
Cirugía Bucomaxilofacial

c.c.: - Dra. Lillie Abanto, Coordinadora EPE.
FGV/aa.

Anexo N°2:



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° Paciente Id	Fecha H.C.	N° Historia Clínica	Edad	Sexo 1=F 2=M	Diagnóstico N°1	Diagnóstico N°2	Diagnóstico N°3
1							
2							
3							
4							
5							

Anexo N°3:



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
Vicerrectorado de Investigación
Dirección Universitaria de Investigación,
Ciencia y Tecnología (DUICT)

CONSTANCIA 956 - 13- 16

El Presidente del Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité de Ética, bajo la categoría de revisión **EXENTA**. La aprobación será informada en la sesión más próxima del comité.

Título del Proyecto : "Identificación de enfermedades sistémicas y condiciones discapacitantes en pacientes atendidos en el servicio de estomatología en pacientes especiales de la Clínica Estomatológica de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán."

Código de inscripción : 66874

Investigador principal : Leyva Mondragón, Héctor Thomas

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. **Protocolo de investigación**, versión recibida en fecha 24 de junio del 2016.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos Científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la Confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. La categoría de **EXENTO** es otorgado al proyecto por un periodo de cinco años en tanto la categoría se mantenga y no existan cambios o desviaciones al protocolo original. El investigador esta exonerado de presentar un reporte del progreso del estudio por el periodo arriba descrito y solo alcanzará un informe final al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **27 de junio del 2021**.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 28 de junio del 2016.


Dra. Frine Samalvides Cuba
Presidenta

Comité Institucional de Ética en Investigación

Av Honorio Delgado 430
Lima 31
P.O. Box 4314 Lima100

T. (51 1) 319-0000 A. 2271 / 2542
E. duict@oficinas-upch.pe

www.upch.edu.pe/vrinve/duict