



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

ESTUDIO CUALITATIVO DE LOS
CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y
PERCEPCIONES ACERCA DE LA
RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD
PERIODONTAL Y SÍNDROME
METABÓLICO EN MÉDICOS
ENDOCRINÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS
DE LOS HOSPITALES DE LAS
CIUDADES DE CHIMBOTE Y NUEVO
CHIMBOTE 2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN ESTOMATOLOGÍA

DIEGO EDUARDO AZAÑEDO VILCHEZ

LIMA – PERÚ

2021

ASESOR

Mg. Esp. Marco Alarcón Palacios.

CO-ASESOR

Mg. Christian Lizárraga Marroquín.

JURADO DE TESIS

DRA. SONIA JULIA SACSAQUISPE CONTRERAS.

PRESIDENTA

DRA. INES VERONICA BUSTAMANTE CHAVEZ.

VOCAL

MG. CARLOS VLADIMIR ESPINOZA MONTES.

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A mis padres, por su apoyo incondicional durante el desarrollo de este programa de maestría, y durante toda mi vida.

A mi esposa, por acompañarme y motivarme en cada paso que doy en mi carrera profesional.

A mi hermano, por comprender mi ausencia en momentos importantes.

AGRADECIMIENTOS.

A mis asesores el Mg. Marco Antonio Alarcón Palacios y el Mg. Christian Lizárraga Marroquín, por los conocimientos brindados en cada etapa del desarrollo del presente estudio.

A la Dra. Ximena Salazar por su asesoría en metodología cualitativa, que fue crucial para culminar exitosamente esta investigación.

Al Dr. Andrés Agudelo Suárez por las recomendaciones brindadas para la mejora de importantes aspectos de mi tesis.

A los directivos y personal de los hospitales: “Eleazar Guzmán Barrón”, “III de EsSalud” y “La Caleta” por brindarme las facilidades para realizar este proyecto de investigación en sus instalaciones.

A mis familiares y amigos que de alguna u otra manera forman parte de cada logro en mi vida profesional.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
	II.1. Planteamiento del problema	3
	II.2. Justificación.....	4
III.	MARCO REFERENCIAL	6
IV.	OBJETIVOS	21
	IV.1. Objetivo General:	21
	IV.2. Objetivos Específicos:.....	21
V.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	22
	V.1. Diseño del estudio	22
	V.2. Población	22
	V.3. Muestra.....	23
	V.4. Criterios de selección	24
	V.4.1. Criterios de participación	24
	V.5. Categorías de análisis	24
	V.6. Técnicas y procedimientos	27
	V.6.1. Técnicas de recolección de información	27
	V.6.1. Procedimientos de recolección de información.....	29
	V.7. Plán de análisis	31
	V.8. Consideraciones éticas.....	34
	V.9. Recursos	35
	V.10. Cronograma	36
VI.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
VII.	CONCLUSIONES.....	103
VIII.	RECOMENDACIONES	106
IX.	REFERENCIAS	108

ANEXOS

RESUMEN

Objetivo: Explorar y analizar los conocimientos, opiniones y percepciones acerca de la relación entre la enfermedad periodontal y el síndrome metabólico en los médicos endocrinólogos y odontólogos de los hospitales de las ciudades de Chimbote y Nuevo Chimbote 2017. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio de enfoque cualitativo exploratorio. Se aplicaron entrevistas en profundidad en 3 médicos endocrinólogos y 9 odontólogos de 3 hospitales de las ciudades de Chimbote y Nuevo Chimbote. Las entrevistas fueron audio grabadas y luego se realizó la transcripción de las mismas para la codificación de los relatos y posterior análisis de contenidos en el software ATLAS. Ti. Versión 7.5. **Resultados:** Todos los entrevistados tuvieron conocimiento de la relación entre la enfermedad periodontal y el síndrome metabólico; sin embargo, los médicos endocrinólogos no tuvieron conocimiento de los beneficios del tratamiento periodontal del paciente con síndrome metabólico. Todos los profesionales entrevistados estuvieron de acuerdo en la inclusión del abordaje odontológico como parte de la consulta médica del paciente con síndrome metabólico. Tanto médicos endocrinólogos como odontólogos consideran que las principales barreras para la colaboración médico odontológica en el abordaje del paciente con síndrome metabólico son: la falta de personal, el escaso tiempo para la consulta y la falta de conocimientos. **Conclusiones:** Los profesionales entrevistados tuvieron conocimiento de la relación entre la enfermedad periodontal y el síndrome metabólico y estuvieron de acuerdo en la inclusión del abordaje colaborativo médico odontológico del paciente con síndrome metabólico. Sin embargo, reportaron barreras que impiden que se

logre una colaboración médico odontológica efectiva en el manejo de estos pacientes. Por ende, es necesario que se diseñen e implementen estrategias que permitan superar las barreras identificadas en el presente estudio en beneficio del paciente con síndrome metabólico u otras condiciones sistémicas.

PALABRAS CLAVES

ENFERMEDADES PERIODONTALES, SÍNDROME METABÓLICO,
ENDOCRINÓLOGOS, ODONTÓLOGOS, ESTUDIOS CUALITATIVOS
(DeCS/BIREME)

ABSTRACT

Objective: To explore and analyze the knowledge, opinions and perceptions about the relationship between periodontal disease and metabolic syndrome in endocrinologists and dentists from hospitals in the cities of Chimbote and Nuevo Chimbote 2017. **Methodology:** An exploratory qualitative approach study was carried out. In-depth interviews were applied to 3 endocrinologists and 9 dentists from 3 hospitals in the cities of Chimbote and Nuevo Chimbote. The interviews were audio recorded and then they were transcribed for coding and subsequent analysis of contents in the ATLAS ti software 7.5. Version.

Results: All respondents were aware of the relationship between periodontal disease and metabolic syndrome; however, endocrinologists were not aware of the benefits of periodontal treatment of patients with metabolic syndrome. All the interviewed professionals agreed on the inclusion of the dental approach as part of the medical consultation of the patient with metabolic syndrome. Both, endocrinologists and dentists, consider that the main barriers for interprofessional medical-dental collaboration in the treatment of the metabolic syndrome patient are: lack of staff, limited time for consultation and lack of knowledge. **Conclusions:** The interviewed professionals were aware of the relationship between periodontal disease and metabolic syndrome and agreed on the inclusion of the interprofessional medical-dental approach of the patient with metabolic syndrome. However, those evaluated reported barriers for interprofessional collaboration in the management of these patients. Therefore, it is necessary to design and implement strategies to overcome the barriers

identified in the present study for the benefit of patients with metabolic syndrome or other systemic conditions.

KEYWORDS:

PERIODONTAL DISEASES, METABOLIC SYNDROME,
ENDOCRINOLOGISTS, DENTISTS, QUALITATIVE RESEARCH
(MeSH/NLM)

I. INTRODUCCIÓN

La progresión de la enfermedad periodontal (EP) puede llegar a tener serias consecuencias sobre la salud oral, general y la calidad de vida de la persona que la padece si no se trata oportunamente. (1) Diversos estudios han reportado una relación entre la EP y diferentes enfermedades sistémicas como la diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras. (2-5) En ese contexto, también se ha establecido una relación entre la EP y el síndrome metabólico (SM), (6-14) incluso evidencia proveniente de ensayos clínicos reporta que el tratamiento periodontal (TP), puede reducir los marcadores inflamatorios sistémicos (niveles elevados de proteína C reactiva, e interleuquina-6), así como, ayudar a regular algunos parámetros clínicos alterados en el SM (como los triglicéridos y el colesterol HDL). (15-18)

A pesar de que se cuenta con evidencia sobre los posibles beneficios de adoptar un enfoque de tratamiento colaborativo médico-odontológico en los pacientes con SM u otras condiciones sistémicas, existen estudios que señalan poco interés o desconocimiento del tema en profesionales de salud, principalmente médicos. Así, algunos estudios reportan que a pesar de que la mayoría de médicos tienen conocimiento sobre la relación entre las enfermedades orales y sistémicas, los porcentajes de referencia de sus pacientes al odontólogo son muy bajos. (19-21) Esto podría deberse a factores como el desconocimiento, opiniones y/o percepciones personales con respecto a las evidencias, los cuales podrían dificultar la adopción de las mismas en la atención de los pacientes con SM, privándolos de un mejor control de su enfermedad. (19, 22-28)

Al mejor de nuestro conocimiento, no se han realizado estudios en profesionales de salud evaluando aspectos como los conocimientos, opiniones o percepciones acerca de la relación entre la EP y SM. Asimismo, el paradigma cualitativo es el método de elección para el estudio de fenómenos, poco estudiados, subjetivos y complejos como los mencionados. (29-31)

En ese sentido, el propósito de esta investigación fue el de explorar los conocimientos, opiniones y percepciones acerca de la relación entre EP y SM en médicos endocrinólogos (ME) y odontólogos de los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote en el año 2017, empleando un diseño de investigación cualitativo.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

II.1 Planteamiento del problema

El SM es una condición caracterizada por la presencia de obesidad central, triglicéridos elevados, presión arterial elevada, colesterol HDL disminuido y glucosa plasmática elevada. Las personas que padecen con esta condición, tienen un riesgo incrementado de aparición de enfermedades cardiovasculares y/o diabetes mellitus (DM) tipo 2. (32) En el año 2002, se reportó que entre el 20 y 25% de los adultos en el mundo padecían con SM. (33) En la actualidad, pese a que no hay información sobre la prevalencia mundial de SM, los investigadores lo catalogan como una epidemia global, por las altas prevalencias reportadas en países como China, Estados Unidos, entre otros (34). Asimismo, en el Perú, en el año 2007, la prevalencia nacional de SM varió entre 11,1% y 21,5%, correspondiendo los mayores porcentajes a la ciudad de Lima (20,7%) y otras ciudades de la costa (21,5%). (33) No obstante, estudios actuales han reportado prevalencias de entre 23,5% y 40% en la población de las ciudades de Cajamarca y Lima respectivamente, (35, 36) lo que evidencia una tendencia creciente en la prevalencia de esta condición en nuestro país.

Diversas investigaciones han establecido una relación bidireccional entre la EP y el SM. (6-14) Asimismo, ensayos clínicos han demostrado que el TP puede controlar los parámetros alterados del SM. (15-18) Por lo tanto, un enfoque de tratamiento colaborativo entre ME y odontólogos, tendría un mayor beneficio para la salud de aquellos pacientes que padecen con SM. Sin embargo, existen factores que pueden condicionar la adopción de nuevas evidencias en los profesionales de salud. Por

ejemplo, el desconocimiento de la relación entre las enfermedades orales y sistémicas, así como, la percepción sobre esta información, y del beneficio que tendría la práctica colaborativa médico-odontológica en sus pacientes; asimismo, si estas evidencias parecen plausibles y viables. (22-25, 27).

A la fecha, no existen estudios explorando los conocimientos, opiniones y percepciones de los profesionales de salud acerca de la relación entre EP y SM. Cabe mencionar, que el uso de los estudios cualitativos ofrece una mayor flexibilidad metodológica que los cuantitativos, permitiendo un entendimiento más profundo en el caso del estudio de fenómenos poco explorados y complejos como, las creencias, conocimientos, opiniones, percepciones, actitudes y comportamientos, considerándose a ambos enfoques como complementarios. (31)

Por ello, nos planteamos el siguiente problema: ¿Cuáles son los conocimientos, opiniones y percepciones acerca de la relación entre EP y SM en ME y odontólogos de los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote?

II.2 Justificación

El desarrollo de este estudio se justifica por lo siguiente:

Tiene relevancia teórica, pues busca responder a un problema aún no explorado, brindando información que podrá ser utilizada en el diseño de estrategias y políticas de salud que permitan a los profesionales médicos y odontólogos profundizar sus conocimientos acerca de la relación entre la EP y SM. Esto a su vez permitirá una práctica cada vez más activa del abordaje terapéutico colaborativo médico-odontológico en pacientes con SM.

Posee relevancia social, pues de lograrse lo anterior, se podrá favorecer a los pacientes con SM con un mejor control sobre los parámetros alterados presentes en esta condición. Esto contribuirá con un menor desarrollo de enfermedades y complicaciones sistémicas y odontológicas, lo que va a generar un menor gasto a nivel del sistema de salud y de bolsillo de las personas con SM bajo tratamiento, convirtiéndolos en beneficiarios directos.

Además, tiene implicancias clínicas, pues los resultados de este proyecto servirán de base para la formación de recursos humanos, al ser tomados en cuenta en la formulación e implementación de cursos o modificación de los sílabos académicos universitarios, incluyendo aquellos conocimientos que según nuestro estudio necesiten ser reforzados. De igual manera, nuestros resultados pueden servir para enfatizar la necesidad del desarrollo de una guía clínica de procedimientos sobre el TP en pacientes comprometidos sistémicamente.

III. MARCO REFERENCIAL

Los métodos de investigación cualitativos han sido utilizados preferentemente para la realización de estudios en el ámbito de las ciencias sociales; sin embargo, hace algunas décadas se vienen utilizando para la exploración de dimensiones culturales y sociales en el ámbito de la salud. (27) A diferencia de los estudios cuantitativos, los estudios cualitativos no buscan un análisis de tendencias o frecuencias de los fenómenos en estudio, sino que buscan el desarrollo de conceptos que ayudan al entendimiento de fenómenos con énfasis en el significado, experiencias y puntos de vista de los participantes. Asimismo, estos son útiles para conocer las percepciones de los profesionales de salud y para la identificación de barreras en el cuidado de la salud. (29, 30, 37)

Los estudios cualitativos utilizados en salud son en su mayoría de cuatro tipos: teoría fundamentada, fenomenológicos, etnográficos y de caso; sin embargo, vale mencionar que no existe una diferenciación marcada de estos diseños, los cuáles muchas veces se yuxtaponen. (37) La teoría fundamentada busca la comprensión de procesos sociales a través de un proceso iterativo de recolección de información y análisis de los datos. (37) Aunque existen muchas escuelas de teoría fundamentada, todas convergen en el objetivo de generar teorías que estén fundamentada en los datos empíricos, a diferencia de otros tipos de investigación, que sugieren que los datos deben ser utilizados solo para probar las teorías. Las teorías en este tipo de estudios pueden ser definidas como, el entendimiento conceptual del proceso que se encuentra bajo investigación, asimismo, su desarrollo exige que el investigador deje de lado las teorías o marcos conceptuales preconcebidos, para buscar nuevas formas de entender los procesos sociales. (29, 30, 37)

Por otro lado, los estudios fenomenológicos son aquellos que estudian cómo los seres humanos sienten sus experiencias y el significado que les dan a las mismas, es decir es el estudio de fenómenos sociales, desde el punto de vista de los actores implicados. (30, 37) Los fenómenos bajo estudio pueden ser, experiencias, opiniones, emociones, relaciones, un programa, una organización o una cultura. En este tipo de estudios es importante que el investigador ponga de lado sus prejuicios y sus experiencias previas con respecto al fenómeno en estudio, trabajando con mente abierta, imaginación e intuición, lo cual sin entrenamiento adecuado puede ser una difícil tarea. (29, 37) Los estudios fenomenológicos buscan entender los problemas, ideas, y situaciones desde la perspectiva del entendimiento común y experiencia, más que de sus diferencias. (38)

Los estudios etnográficos en cambio, son aquellos que intentan hacer una descripción de los sistemas sociales y culturales de un grupo en particular. Estos aspectos pueden ser, la historia del grupo, religión, economía, política, patrones de conducta, alimentación, ambiente, entre otros. (30, 37) Mientras que, en el caso de otros métodos solo se pone énfasis en un aspecto específico, en los estudios etnográficos se trata de abarcar el máximo de aspectos disponibles que expliquen un determinado fenómeno. Esta particularidad, hace que estudios recojan una infinidad de datos disponibles a través de diversos métodos de recolección de información, lo que puede llegar a confundir a los investigadores nuevos en el área. (17, 37) Los estudios etnográficos son comúnmente aplicados en la investigación antropológica y se utilizan generalmente para el estudio de grupos de personas que suelen convivir y se realizan dentro de su entorno natural. Este último es un aspecto

clave de la etnografía, pues se realiza la investigación en un ambiente no adaptado para los intereses del investigador. (38-40)

Por su parte, los estudios de caso buscan un entendimiento profundo de un caso individual (o serie de casos) que ilustran un problema de interés. El objetivo de este tipo de estudios no es la generalización de resultados, sino que las experiencias de los casos evaluados sean útiles en otros otros entornos que enfrentan problemas similares. Asimismo, a diferencia de los estudios fenomenológicos y de teoría fundamentada, los estudios de caso, tienen por finalidad explicar la esencia de una actividad o fenómeno de interés con base en las experiencias y opiniones de los involucrados, pero de forma meramente descriptiva. (37) La presente investigación se basa en un estudio de caso.

Por otro lado, los métodos de recolección de información más utilizados en estudios cualitativos son las entrevistas, los *focus group* y la observación. (37) Las entrevistas constan de preguntas abiertas con la finalidad de obtener respuestas en profundidad sobre experiencias, percepciones, opiniones, sentimientos y conocimientos. Las entrevistas pueden ser estructuradas, semiestructuradas o no estructuradas, este último tipo facilita una conversación casi “natural” entre el entrevistado y el entrevistador; sin embargo si el investigador no tiene la experiencia suficiente, los relatos de los participantes pueden escapar del tema central del estudio, por lo que en estos casos generalmente se plantea el uso de guías semiestructuradas. (37, 38) Los *focus group* son en esencia entrevistas no estructuradas con múltiples participantes, lo que permite a los participantes y el facilitador interactuar libremente. Este método permite la recolección de información de forma grupal, lo que aumenta el grado de dificultad de su ejecución.

(38) Por otro lado, la observación se encarga de evaluar los aspectos no verbales de las entrevistas y los *focus group*, por lo que muchas veces se aplican de manera complementaria. Este método de recolección de información es importante debido a que en ocasiones puede haber discordancia entre la comunicación verbal y no verbal en las entrevistas, como resultado del sarcasmo, ironía u otras técnicas conversacionales que pueden ser confusas al momento de su interpretación. (38)

El aumento en el uso de métodos de investigación cualitativos no es ajeno a la investigación odontológica. Cada vez son más los investigadores en este campo que los emplean en sus estudios, ya que la naturaleza de su diseño permite interpretar, explorar u obtener un entendimiento profundo de ciertos aspectos de las creencias humanas, actitudes o comportamientos a través de experiencias personales o perspectivas. (41) Estos fenómenos, al ser subjetivos, difícilmente pueden ser estudiados utilizando metodologías de investigación cuantitativa. (29)

El conocimiento de cualquier materia resulta importante por las implicancias que este tiene en el desarrollo de las diferentes actividades profesionales o técnicas. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE), el conocimiento es el entendimiento, inteligencia o razón natural sobre determinado tema. Además, se le define como la noción, saber o noticia elemental de algo. (42) Los conocimientos en las ciencias de la salud están en constante evolución, por ello, siempre se dispone de nuevas evidencias acerca de métodos de diagnóstico, tratamientos y/o enfoques preventivos de salud que buscan optimizar el abordaje de los pacientes. Por este motivo, es importante que los profesionales de salud tengan conocimiento de las nuevas evidencias de modo que las utilicen durante su práctica profesional diaria. (43, 44) No obstante, a pesar de que, un mayor conocimiento de

las nuevas evidencias, podría determinar el uso de las mismas en la práctica clínica, existen estudios que reportan que esto no siempre sucede, (19) por lo que habrían otros factores determinantes. (22)

Las opiniones y percepciones de los profesionales de la salud respecto a nuevas evidencias científicas son igual de importantes. De ello depende muchas veces la diseminación de la información hacia otros colegas y por ende la adopción de las evidencias para su aplicación en la práctica clínica. (22) De acuerdo al diccionario de la RAE, se define a la opinión como el juicio o valoración que se forma una persona respecto de algo o de alguien. (42) Asimismo, las percepciones, según el diccionario de Cambridge, son las creencias u opiniones a menudo sostenidas por las personas en función de cómo se ven o parecen las cosas. (45) En ese sentido, es preciso mencionar que, el punto de vista de los líderes de opinión de un centro de salud, puede influir en la conducta de los demás profesionales o pacientes frente a determinadas evidencias. (46) Además, la opinión es importante pues de ella depende que un profesional muestre una actitud positiva o negativa frente a un nuevo conocimiento. Por otro lado, el estudio de la percepción u opinión de los profesionales de salud respecto a la postura que toman los pacientes frente a la información que se les proporciona, además de la percepción de posibles barreras o facilitadores para brindar dicha información, podrían ser base para la formulación de políticas de salud enfocadas a reducir la brecha entre la práctica clínica habitual y aquella basada en evidencias.

Por otro lado, un considerable cuerpo de evidencia con respecto a la relación entre EP y SM ha sido reportado en diversos estudios, estableciendo una relación bidireccional entre la EP y el SM. (6-12, 14) Además, algunos estudios señalan que

existe una mejoría de marcadores sistémicos (proteína C reactiva, leptina e interleuquina-6) y parámetros clínicos alterados (triglicéridos, colesterol HDL y presión arterial) en pacientes con SM que son sometidos a TP. (8-10, 12-18) Estas evidencias resaltan la necesidad del abordaje odontológico, y específicamente del tratamiento periodontal, como parte del tratamiento integral del paciente con SM.

La EP está definida según el *National Institute of Dental and Craniofacial Research* de los Estados Unidos de América (NIDCR por sus siglas en inglés, 2014) como una enfermedad que afecta los tejidos de soporte del diente. Esta puede variar de una simple inflamación de las encías, a una enfermedad seria que puede resultar en un daño mayor a los tejidos blandos y óseos que conforman el periodonto, llegando incluso a causar la pérdida de la pieza dentaria. La fase inicial de la enfermedad es llamada gingivitis, que es una inflamación leve que afecta a la encía. Sin embargo, sin el tratamiento adecuado, esta puede progresar a periodontitis, causando la degeneración de los tejidos del periodonto, desencadenando a mediano o largo plazo la pérdida de la pieza dentaria. (47)

Entre los factores de riesgo asociados a la aparición y avance de la EP tenemos a los estilos de vida y alimentación, el consumo de tabaco y alcohol, hábitos de higiene, así como condiciones y patologías sistémicas cuya presencia puede representar un riesgo mayor de padecer EP. Algunas de estas condiciones sistémicas son: DM, obesidad, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica, enfermedades cardiovasculares, SM, entre otras. (5, 6, 47-51) Además, algunas investigaciones reportan la presencia de un rol genético en la aparición de la EP, debido a que existen personas que tienen una mayor

predisposición a la aparición de la enfermedad si sus padres la padecen o padecieron. (52)

En el año 2018, un grupo de expertos de todo el mundo, avalados por la *American Academy of Periodontology* (AAP) y la *European Federation of Periodontology* (EFP), lanzaron una actualización de la clasificación de las enfermedades periodontales, así como, un esquema similar para las enfermedades y condiciones peri-implantarias. (53) Esta nueva clasificación modifica la clasificación del año 1999. (54) La nueva clasificación se resume en la siguiente tabla:

Enfermedades periodontales y condiciones		
Salud periodontal, enfermedades/condiciones gingivales (55, 56).	Salud periodontal y gingival (57).	a) Salud gingival clínica en periodonto intacto. b) Salud gingival clínica en un periodonto reducido. i. Paciente con periodontitis estable. ii. Paciente sin periodontitis.
	Gingivitis inducida por	a) Solo asociada con <i>biofilm</i> dental.

	<i>biofilm</i> dental (58).	<ul style="list-style-type: none"> b) Mediada por factores locales o sistémicos. c) Agrandamiento gingival inducido por fármacos.
	Enfermedad gingival, no inducida por <i>biofilm</i> dental (59).	<ul style="list-style-type: none"> a) Desórdenes genéticos o del desarrollo. b) Infecciones específicas. c) Condiciones inflamatorias e inmunes. d) Procesos reactivos. e) Cáncer. f) Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. g) Lesiones traumáticas. h) Pigmentación gingival.
Formas de Periodontitis (60, 61).	EP necrotizante (62).	<ul style="list-style-type: none"> a) Gingivitis necrotizante. b) Periodontitis necrotizante. c) Estomatitis necrotizante.
	Periodontitis como manifestación de	La clasificación de estas enfermedades debería estar basada en la enfermedad sistémica primaria de acuerdo a

	enfermedades sistémicas (63, 64).	los códigos de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados a la salud (ICD).
	Periodontitis (65-67).	a) Etapas: Basado en la severidad y complejidad en el manejo. <ul style="list-style-type: none"> i) Etapa I: Periodontitis inicial. ii) Etapa II: Periodontitis moderada. iii) Etapa III: Periodontitis severa con potencial pérdida adicional de dientes. iv) Etapa IV: Periodontitis severa con potencial pérdida de dientes. b) Extensión y distribución: Localizada, generalizada, distribución inciso-molar. <ul style="list-style-type: none"> c) Grados: Evidencia de riesgo de rápida progresión,

		<p>respuesta anticipada al tratamiento.</p> <p>i) Grado A: Tasa de progresión baja.</p> <p>ii) Grado B: Tasa de progresión moderada.</p> <p>iii) Grado C: Tasa de progresión rápida.</p>
<p>Manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas y condiciones adquiridas y del desarrollo (63).</p>	<p>Enfermedades sistémicas o condiciones que afectan los tejidos periodontales de soporte (64).</p>	
	<p>Otras condiciones periodontales (60, 62).</p>	<p>a) Abscesos periodontales.</p> <p>b) Lesiones endodónticas-periodontales.</p>
	<p>Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor del diente (68).</p>	<p>a) Fenotipo gingival</p> <p>b) Recesión gingival/de tejidos blandos.</p> <p>c) Falta de encía.</p> <p>d) Profundidad vestibular disminuida.</p> <p>e) Frenillo aberrante/posición muscular.</p>

		<p>f) Exceso gingival.</p> <p>g) Color anormal.</p> <p>h) Condición de la superficie de la raíz expuesta.</p>
	Fuerzas traumáticas oclusales (69).	<p>a) Trauma oclusal primario.</p> <p>b) Trauma oclusal secundario.</p> <p>c) Fuerzas ortodónticas.</p>
	Prótesis y factores relacionados al diente que modifican o predisponen a gingivitis o periodontitis inducidas por placa (70).	<p>a) Factores localizados relacionados al diente.</p> <p>b) Factores localizados relacionados a prótesis dental.</p>
Enfermedades y condiciones peri-implantarias (71).	Salud peri-implantar (72).	
	Mucositis peri-implantar (73).	
	Peri-implantitis (74).	
	Deficiencias peri-implantarias de tejidos blandos y duros (75, 76).	

Tabla elaborada en base a los artículos: “A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification”, y “Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions”. (53, 77)

Por otro lado, el SM es una condición definida según la *International Diabetes Federation* (IDF) como la presencia de obesidad central (abdominal), sumado a dos o más de los siguientes factores: triglicéridos elevados, colesterol HDL reducido, presión arterial aumentada y/o glucosa plasmática elevada: (32)

Criterios	Valores	
Obesidad central	Hombres	≥ 90 cm
	Mujeres	≥ 80 cm
Triglicéridos elevados	≥ 150 mg/dL (1,7 mmol/L)	
Colesterol HDL reducido	Hombres	< 40 mg/dL (1,03 mmol/L)
	Mujeres	< 50 mg/dL (1,29 mmol/L)
Presión arterial elevada	PA sistólica ≥ 130 o PA diastólica ≥ 85 mmHg	
Glucosa plasmática elevada	≥ 100 mg/dL (5,6 mmol/L)	

Tabla elaborada en base a los datos de la IDF, 2006. (32)

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de SM son la resistencia a la insulina y la obesidad central. La resistencia a la insulina ocurre cuando las células en el cuerpo se vuelven menos sensitivas y eventualmente resistentes a la insulina; debido a ello, la glucosa no puede ser absorbida por las células del cuerpo, permaneciendo en la sangre, desencadenando la necesidad de cada vez mayores cantidades de insulina (hiperinsulinemia). Esto a su vez produce la debilidad e inactivación progresiva de las células beta, generando hiperglicemia en la persona que posteriormente será diagnosticada con DM tipo 2. (32)

Por otro lado, la obesidad central está directamente asociada a la resistencia a la insulina y al SM. Además, esta contribuye al desarrollo de hipertensión, colesterol elevado, colesterol HDL disminuido e hiperglicemia. Sumado a ello, la obesidad central tiene una asociación independiente con un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares. Cabe resaltar que la medición de la circunferencia abdominal es más indicativa de SM que el índice de masa corporal, por lo que para el diagnóstico de SM se utiliza el perímetro de la primera medida. (12)

Según un reporte de IDF, se estima que entre un 20 y 25 % de la población mundial padece con SM. Además, quienes lo padecen son dos veces más propensos a morir por un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular y tres veces más propensos a tener ambos problemas, comparado con las personas que no padecen del síndrome. Asimismo, las personas con SM tienen un riesgo cinco veces mayor de tener DM tipo 2. (32) En el Perú, la prevalencia de SM alcanza entre 11,1% en la sierra y 21,5% en la costa. (33)

La relación entre la EP y el SM ha sido reportada por varios estudios epidemiológicos. (6-14) La mayoría de estudios son de diseño transversal, y han establecido asociaciones entre la presencia de SM y un mayor grado de extensión y severidad de los signos de la EP. (6, 7) Además, algunos estudios longitudinales han reportado la presencia de esta asociación de manera bidireccional. Por ejemplo, el estudio de Morita et al. (8), que tuvo un diseño de cohorte, reportó que el riesgo de desarrollar componentes del SM luego de 4 años de seguimiento, fue mayor en aquellos que tenían EP que en aquellos que no la padecían. Por otro lado, Kaye et al. (78) reportaron que el riesgo de desarrollar EP fue mayor con cada componente adicional del SM alterado en una cohorte de 33 años de seguimiento.

Asimismo, la evidencia señala que el TP es efectivo para el control de parámetros biológicos alterados del SM. (15-18). El ensayo clínico aleatorizado de Bizarro et al. (17) demostró que el TP básico en pacientes con SM redujo significativamente la presión arterial sistólica, triglicéridos y mejoró el estado metabólico general del paciente. De igual manera, al comparar estos resultados con un grupo que recibió TP básico combinado con terapia antibiótica sistémica, no existieron diferencias significativas entre ambos grupos intervenidos. Por otro lado, el ensayo controlado de López et al. (16) concluyó que es posible lograr una reducción significativa de proteína C reactiva en pacientes con SM que reciben TP con o sin antibióticos sistémicos.

Son varios los mecanismos que se han postulado para explicar la relación entre la EP y el SM. Uno de ellos se basa en la presencia de infección en la EP, la cual se traduce en un proceso inflamatorio inmune, provocando además la diseminación sistémica de bacterias y mediadores de la inflamación, estableciendo una condición

inflamatoria sistémica y pudiendo provocar o exacerbar el SM. (79). Lamster et al. sugieren además que otro de los potenciales nexos entre la EP y el SM sería el estrés oxidativo sistémico, debido a la concentración del incremento de citoquinas y el estrés oxidativo como resultado de la EP, que puede llevar a reducir la sensibilidad a la insulina, y se considera a este fenómeno como importante en el desarrollo de SM. (7) Por otro lado, también mencionan que la presencia de SM o alguno de sus componentes podría facilitar un estado pro oxidativo sistémico con potencial para disminuir la capacidad antioxidante de los tejidos periodontales, desequilibrando la respuesta fisiológica normal del organismo frente a las bacterias periodonto patógenas, lo que incrementa el riesgo de EP. (7)

IV. OBJETIVOS

IV.1 Objetivo general:

Explorar y analizar los conocimientos, opiniones y percepciones acerca de la relación entre EP y SM en ME y odontólogos de los hospitales de las ciudades de Chimbote y Nuevo Chimbote 2017.

IV.2 Objetivos específicos:

1. Analizar los conocimientos de ME y odontólogos acerca de la relación entre el SM y la EP.
2. Analizar los conocimientos de los ME y odontólogos acerca de los beneficios del tratamiento colaborativo en los pacientes con SM.
3. Conocer las opiniones mutuas de los ME y odontólogos acerca del manejo del paciente con SM.
4. Conocer la percepción de los ME y odontólogos en cuanto a dudas, interrogantes o comportamientos que tienen los pacientes con SM frente a su salud oral.
5. Conocer la percepción de los ME y odontólogos acerca de posibles barreras y/o impedimentos para el tratamiento colaborativo de sus pacientes con SM.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

V.1 Diseño del estudio

Estudio de enfoque cualitativo exploratorio, de tipo estudio de casos.

V.2 Población

La población de estudio la conformaron todos aquellos ME y odontólogos de los hospitales de las ciudades de Chimbote y Nuevo Chimbote.

La ciudad de Chimbote alberga dos hospitales que cuentan con ambos profesionales:

- Hospital III de EsSalud: Se ubica al noreste de la ciudad de Chimbote y pertenece al Seguro Social de Salud. En este hospital laboran 2 ME y 4 odontólogos.
- Hospital la Caleta: Se ubica al noroeste de la ciudad de Chimbote, y pertenece al Ministerio de Salud. En este establecimiento laboran 1 ME y 3 odontólogos.

La ciudad de Nuevo Chimbote cuenta con un hospital donde laboran ambos profesionales:

- Hospital Eleazar Guzmán Barrón: Pertenece al Ministerio de Salud. En sus instalaciones laboran 1 ME y 4 odontólogos.

En total, los tres hospitales contaban con 11 odontólogos y 4 ME que podían ser incluidos en el estudio.

V.3 Muestra

La muestra estuvo conformada por 4 médicos endocrinólogos y 11 odontólogos de 3 hospitales de las ciudades de Chimbote (Hospital III de EsSalud y Hospital la Caleta) y Nuevo Chimbote (Hospital Eleazar Guzmán Barrón), la misma que fue elegida por conveniencia. (80)

Inicialmente se planteó la evaluación de toda la población de ME y odontólogos de los hospitales incluidos en el estudio; sin embargo, arbitrariamente se planteó entrevistar como mínimo a 3 ME y 6 odontólogos.

Se utilizó la técnica de muestreo por saturación, que consiste en recoger información hasta que los datos brindados por un nuevo individuo no aporten información adicional a la recolectada hasta ese punto, cuando eso sucede, se detiene la recolección de información. (81) No obstante, la saturación de información en todas las categorías de estudio solo se logró en el grupo de odontólogos, en el caso de los ME, la población reducida no permitió lograr la saturación en el análisis en las categorías: “Conocimiento de los beneficios del tratamiento colaborativo de los pacientes con SM y EP” y “Percepción en cuanto a dudas, interrogantes o comportamientos de los pacientes con SM frente a su salud oral”. Sin embargo, se logró entrevistar a la mayoría de ME de los hospitales objetivo (3 de 4, pues uno no aceptó participar). Una expansión de la muestra solo hubiera sido posible en hospitales fuera de la ciudad, lo que hubiera generado información adicional influenciada por factores contextuales distintos a los presentes en las ciudades consideradas para este estudio, restando validez a nuestros resultados.

V.4 Criterios de selección

V.4.1. Criterios de Participación

- Ser ME trabajador de alguno de los hospitales que son parte del estudio.
- Ser odontólogo trabajador de alguno de los hospitales que son parte del estudio.
- Aceptar formar parte del estudio a través del consentimiento informado.

V.5 Categorías de análisis

Médicos endocrinólogos

Objetivos	Categorías	Subtemas
Explorar y analizar los conocimientos, opiniones y percepciones acerca de la relación entre EP y SM en las entrevistas de los ME.	Conocimientos de la relación entre el SM y la EP.	-Conocimiento sobre la EP. -Conocimientos sobre la relación entre la EP y SM.
	Conocimiento de los beneficios del tratamiento colaborativo de los pacientes con SM y EP.	-Conocimiento sobre el TP. -Conocimiento de los beneficios del tratamiento colaborativo de los pacientes con SM y EP.
	Opiniones mutuas sobre el manejo del paciente con SM.	-Opiniones sobre el manejo odontológico de los pacientes con SM.

		<p>-Opiniones de la inclusión del abordaje odontológico como parte de la consulta médica del paciente con SM.</p> <p>-Opiniones de la relación actual entre ME y odontólogos.</p>
	<p>Percepción en cuanto a dudas, interrogantes o comportamientos de los pacientes con SM frente a su salud oral.</p>	<p>-Percepción sobre la reacción del paciente frente a repercusiones en la cavidad oral del SM.</p> <p>-Percepción de la salud oral de los pacientes con SM.</p>
	<p>Percepción de barreras y/o impedimentos para el tratamiento colaborativo médico odontológico del paciente con SM.</p>	<p>-Percepción de barreras y/o impedimentos para el tratamiento colaborativo del paciente con SM.</p> <p>-Percepción de barreras y/o impedimentos para brindar información oportuna al paciente con SM.</p>

Odontólogos

Objetivos	Categorías	Subtemas
Explorar y analizar los conocimientos, opiniones y percepciones acerca de la relación entre EP y SM en las entrevistas de los ME y odontólogos.	Conocimientos de la relación entre el SM y la EP.	-Conocimiento sobre el SM. -Conocimientos sobre la relación entre la EP y SM.
	Conocimiento de los beneficios del tratamiento colaborativo de los pacientes con SM y EP.	-Conocimiento sobre el tratamiento del SM. -Conocimiento de los beneficios del tratamiento colaborativo de los pacientes con SM y EP.
	Opiniones mutuas sobre el manejo del paciente con SM.	-Opiniones sobre el manejo médico endocrinológico de los pacientes con SM. -Opiniones de la inclusión del abordaje odontológico como parte de la consulta médica del paciente con SM. -Opiniones de la relación actual entre ME y odontólogos.
	Percepción en cuanto a dudas, interrogantes o comportamientos de los	-Percepción sobre la reacción del paciente frente a repercusiones en la cavidad oral del SM.

	pacientes con SM frente a su salud oral.	-Percepción de la salud oral de los pacientes con SM.
	Percepción de barreras y/o impedimentos para el tratamiento colaborativo médico odontológico del paciente con SM.	-Percepción de barreras y/o impedimentos para el tratamiento colaborativo del paciente con SM. -Percepción de barreras y/o impedimentos para brindar información oportuna al paciente con SM.

NOTA: De acuerdo a las definiciones contempladas en el desarrollo del marco referencial, y para fines de reporte descriptivo de resultados de este estudio los términos “opiniones” o “percepciones” se emplearon de forma indistinta. (42, 45)

V.6 Técnicas y procedimientos

V.6.1. Técnica de recolección de información

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la de la entrevista en profundidad semiestructurada, usando preguntas abiertas y repreguntas para lograr un mayor nivel de profundidad en las respuestas de los participantes. (82) Cabe precisar que las guías de entrevista semiestructuradas o no estructuradas en los estudios cualitativos solo sirven como referencia con la finalidad de no desviar los relatos obtenidos en la entrevista del tema central del estudi. Esto quiere decir que

su desarrollo no requiere de un orden establecido y muchas de las veces no es necesario realizar el total de preguntas pre-formuladas. (82)

Se utilizó una guía de entrevista para los ME (26 preguntas y 20 repreguntas) y una para los odontólogos (22 preguntas y 14 repreguntas) (Anexos 01 y 02). En todos los casos la entrevista se realizó en una sola sesión. La entrevista fue audio-grabada.

Para la elaboración de las guías de entrevista de este proyecto se tomó como base a las guías proporcionadas por Susan Bissett, autora principal del artículo: *An exploratory qualitative Study about collaboration between medicine and dentistry in relation to diabetes management*, (83) publicado en el 2013. Se realizó la traducción de las guías al español, la cual fue certificada por una médica investigadora con conocimiento avanzado de inglés (Anexo 03), luego se procedió a la adecuación temática de las guías. Algunas de las preguntas se utilizaron de manera idéntica a las propuestas por Bissett et.al; sin embargo, debido a que la temática de nuestra investigación fue distinta; al menos un 10% de las preguntas tuvieron que ser eliminadas, y un 40% adaptadas. Asimismo, se adicionaron preguntas elaboradas por el investigador principal y orientadas por los asesores.

El investigador principal recibió capacitación por parte de una antropóloga experta en metodología cualitativa, la capacitación consistió en un entrenamiento en la aplicación de entrevistas en profundidad, con el fin de reducir el riesgo de subjetividad introducido durante el proceso debido a la preconcepción que el entrevistador podía tener sobre el tema en estudio. Para ello, se realizó un estudio piloto en el cual se aplicó entrevistas a 2 ME y 2 odontólogos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de la ciudad de Trujillo-Perú, los audios fueron analizados por

la capacitadora, y con su ayuda se mejoró el instrumento y la técnica de la entrevista hasta lograr tener una versión final aprobada por la capacitadora y se obtuvo las habilidades requeridas para su aplicación en el estudio.

V.6.2. Procedimiento de recolección de información:

Previo a la ejecución de la investigación, el protocolo de este estudio fue sometido a revisión por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Anexo 04). Luego se buscó la autorización de los directores de cada uno de los hospitales que formaron parte del estudio (Anexos 05, 06 y 07). Posterior a ello se solicitó los permisos respectivos a los jefes de los servicios de endocrinología y odontología de cada hospital. Con toda la documentación en regla procedimos a iniciar con la visita e invitación a los ME y odontólogos de los diferentes hospitales para su participación en el estudio.

Antes del inicio de la aplicación de las entrevistas, se coordinó con los ME y odontólogos la fecha y hora en que disponían de tiempo para ser entrevistados. De preferencia se buscó realizar las entrevistas al momento de acabadas sus consultas. Se les explicó a los profesionales acerca de los objetivos del estudio, y se les brindó toda la información posible con respecto al procedimiento de entrevista, además, luego de la explicación se le permitió formular preguntas. Si el profesional aceptaba participar se le hacía firmar una hoja de consentimiento informado (Anexo 08), indicando la conformidad del participante para ser entrevistado, así como, su autorización para grabar la entrevista.

El día de la entrevista se buscó al participante y se le pidió que eligiera el lugar más apropiado para la realización de la misma, se le recomendó que sea en el consultorio

donde trabaja, o cualquier otro lugar donde exista privacidad entre el entrevistador y el entrevistado. Antes del inicio de cada entrevista se encendió la grabadora (SONY 4Gb Digital Stereo Icd-px440), para el registro de las respuestas del entrevistado. Se utilizó un estilo de entrevista conversacional, para crear un diálogo confortable y fluido. Al finalizar la entrevista se le permitió al entrevistado aclarar algunas respuestas brindadas durante el transcurso de la misma si así lo deseaba. Luego de ello se dio por finalizada la entrevista. El mismo día de realizada cada entrevista se descargaron los audios a una laptop (TOSHIBA *Satellite* C55-C5206S) y fueron copiados en una carpeta con contraseña, además la carpeta con los audios fue copiada a un disco duro externo (TOSHIBA 1Tb Canvio basic 3.0) como copia de respaldo. Asimismo, los audios fueron guardados en una carpeta con contraseña, organizados por fechas, e ID de participante creados a partir de las iniciales de sus nombres, e iniciales de los hospitales donde laboran.

Se elaboró además un documento Excel que sirvió como banco de datos de identidades, donde se pudo relacionar el ID con los datos completos del participante. Sin embargo, sólo el investigador principal tuvo acceso a este documento que fue almacenado en una carpeta que también fue protegida con contraseña.

Ambos documentos, el del banco de datos de identidades (Excel) y el de la información obtenida (audios y transcripciones en el programa Word) se encuentran en carpetas diferentes protegidas con contraseñas que solo son de conocimiento del investigador principal. De igual manera, los consentimientos informados fueron almacenados en un archivador dentro de un estante con puertas y bajo llave.

V.7 Plan de análisis

Se dividió en tres fases:

Primera fase:

Se obtuvo la información a partir de la realización de entrevistas audio-grabadas, utilizando las guías de entrevistas semiestructuradas previamente validadas que sirvieron para obtener los relatos y opiniones de los ME y odontólogos participantes del presente estudio.

Segunda fase:

Se escuchó todas las entrevistas y se realizó la transcripción *verbatim* de las mismas en el programa *Microsoft Word 2010* con tipo de letra *Times New Roman* en tamaño de fuente 12.

Los documentos se organizaron por fecha y nombre de quien realizó la entrevista y un ID del participante en una carpeta con contraseña que luego fue copiada a un disco duro externo. Los consentimientos informados fueron guardados en archivadores, los mismos que se colocaron en gavetas con llave, a las que solo el investigador principal tuvo acceso.

Posteriormente se codificó los relatos de las transcripciones de las entrevistas con ayuda del software de análisis cualitativo ATLAS. Ti. Versión 7.5. La codificación tuvo un enfoque deductivo e inductivo, debido a que, si bien se partió de un grupo de códigos pre-definidos, se permitió la generación de códigos emergentes. Este proceso fue iterativo; es decir, se fue analizando las entrevistas a medida que se

avanzaba con la recolección de información, hasta que se logró la saturación de la muestra, o en su defecto, cuando se entrevistaba a toda la población en estudio.

Tercera fase:

Se realizó el análisis de contenido; es decir, se elaboró un índice general según los ejes temáticos (categorías) abordados en este estudio con el objetivo de analizar la información y hacer una descripción de los hallazgos.

Para la redacción de los resultados, debido a que no se evaluó frecuencias como en los estudios cuantitativos, solo con fines explicativos se siguió la metodología de reporte de resultados del estudio de Lewis-Zúñiga (87), por lo que se utilizaron los términos: Todos, la mayoría, un buen grupo, un pequeño grupo y ninguno. El siguiente cuadro explica de una manera más detallada los términos empleados para la redacción de resultados en ME:

Términos empleados en ME	Definición
Todos	100% - 3
La mayoría	51% - 67% - 2
Un pequeño grupo	33% - 1
Ninguno	0% - 0

El siguiente cuadro explica de una manera más detallada lo conceptos empleados para la redacción de resultados en odontólogos:

Términos empleados en OD	Definición
Todos	100% - 9
La mayoría	51% - 95% - 5 a 8
Un buen grupo	30% - 50% - 3 a 5
Un pequeño grupo	1% - 29% - 1 a 2
Ninguno	0% - 0

Tabla resumen de secuencia de análisis:

PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE	TERCERA FASE
Se obtuvo de la información a partir de la realización de entrevistas audio-grabadas, utilizando las guías de entrevistas semiestructurada previamente validadas que sirvieron para obtener los relatos y opiniones de los ME y odontólogos participantes del presente estudio.	Se escuchó todas las entrevistas y se realizó la transcripción <i>verbatim</i> de las mismas en el programa <i>Microsoft Word</i> 2010 con tipo de letra <i>Times New Roman</i> en tamaño de fuente 12. Se codificó los relatos de las transcripciones de las entrevistas con ayuda del software de análisis cualitativo ATLAS. Ti.	Se realizó el análisis de contenido, es decir, se elaboró un índice general según los ejes temáticos abordados en este estudio con el objetivo de analizar la información y hacer una descripción de los hallazgos.

	<p>Versión 7.5.16 Este proceso fue iterativo, es decir se fue analizando las entrevistas a medida que se avanzaba con la recolección de información, hasta que se logró la saturación de la muestra, o en su defecto, cuando se entrevistaba a toda la población en estudio.</p>	
--	--	--

V.8 Consideraciones éticas

Se siguieron las normas de la declaración de Helsinki para la protección de sujetos humanos de investigación en todos los procesos de investigación de este estudio. Asimismo, tanto el protocolo, instrumentos y consentimiento informado recibieron aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

De igual manera, se solicitó la firma del consentimiento informado a cada entrevistado solo después de que oyeran toda la información referente al estudio y haber absuelto todas sus dudas al respecto.

Además, se le aclaró al participante que era libre de retirarse del estudio y/o parar la entrevista si así lo deseaba sin que esto represente ningún perjuicio para su persona. Se consideró, asimismo, eliminar las grabaciones de las entrevistas luego de finalizado el estudio.

Como parte del retorno social del estudio, una vez concluido se expondrá los resultados del estudio entre las autoridades y participantes de los hospitales incluidos en la investigación.

V.9 Recursos

RECURSOS MATERIALES			
Descripción	Precio Unitario	Unidades	Precio Total
Un millar de hojas de papel bond A4	S/. 80.00	1 paquete	S/. 80.00
Copias e Impresiones	S/. 0.10	1000 copias o impresiones	S/. 100.00
Archivador	S/. 12.00	1 unidad	S/. 12.00
Grabadora SONY 4Gb Digital Stereo Icd-px440	S/. 400.00	1 grabadora	S/. 400.00
TOSHIBA 1Tb Canvio basic 3.0	S/. 350.00	1 disco duro	S/. 350.00
Pago a experta en análisis cualitativo	S/. 100.00	10 sesiones	S/. 1,000.00

Software ATLAS ti. Para Windows	S/. 700.00	1 licencia	S/ 700.00
Pago de servicio de transcripción de audios	S/. 120.00	12 transcripciones	S/. 1,200.00
Publicación open access	S/. 9,000.00	1 publicación	S/. 9,000.00
TOTAL			S/. 12,842.00

RECURSOS HUMANOS	
Investigador principal:	CD. Diego Eduardo Azañedo Vilchez.
Asesor Metodológico:	Mg. Christian Lizárraga Marroquín.
Asesor Temático:	Mg. Esp. Marco Alarcón Palacios.
Capacitadora especialista en metodología cualitativa:	Mg. Ximena Salazar.

V.10 Cronograma

ETAPA	Abril – Setiembre re 2016	Octubre 2016 – Febrero 2017	Marzo - Mayo 2017	Octubre 2017	Octubre – Diciemb re 2017	Diciemb re 2017 - Enero 2018	Abril 2018	Octubre 2019	Diciemb re 2019
Diseño de la Investigación	X								

Búsqueda Bibliográfica	X	X	X		X	X			
Proyecto de Investigación	X	X							
Registro del Proyecto			X						
Revisión UICT - FE			X						
Diseño de Prueba Piloto			X						
Revisión del Comité de ética			X						
Aprobación de comité de ética				X					
Ejecución de Prueba Piloto			X						
Resultados de Prueba Piloto			X						
Ejecución de Proyecto					X				
Procesamiento de Resultados						X			

Informe Final							X		
Sustentación								X	
Publicación									X

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

VI.1. Descripción de la muestra:

Se entrevistó a 12 profesionales de la salud, 3 ME (2 varones y 1 mujer) y 9 odontólogos (5 varones y 4 mujeres). El rango de edad de los endocrinólogos varió entre los 33 y los 55 años; mientras que, el de los odontólogos varió entre los 41 y 62 años. El tiempo de servicio de los ME varió entre 1 y 24 años; asimismo, el tiempo de servicio de los odontólogos varió entre 4 y 33 años. Dos profesionales de la salud (odontólogos) manifestaron haber sido diagnosticados con SM alguna vez en su vida. Las entrevistas duraron entre 30 y 60 minutos.

VI.2. Resultados en ME.

VI.2.1. Conocimientos, opiniones y percepciones acerca de la relación entre EP y SM en ME

VI.2.1.1 Conocimiento de la relación entre el SM y la EP.

VI.2.1.1.1 Conocimiento sobre la EP

Un pequeño grupo de ME no conocía la definición de la EP. La mayoría se acercó a la definición mencionando de manera muy general que es una enfermedad que compromete al periodonto, o que se trata de una inflamación de las encías como consecuencia de una disminución en la respuesta sistémica a agresiones naturales en el

organismo. Sin embargo, ninguna de estas expresiones fue específica en cuanto a las principales características de esta condición.

“Mmmm, muy poco en realidad, no te podría decir (risas), muy poco.” (Entrevista médico 1)

“pudiese ser una enfermedad que este, compromete al periodonto y de tal manera de que lo hace susceptible a infectarse ¿no?” (Entrevista médico 2)

“Es una inflamación por elevación de la glicemia consecutiva a la disminución de la respuesta sistémica, la respuesta de defensa del cuerpo, la producción de polimorfonucleares, la producción de citoquinas es alterada, entonces no hay una buena respuesta a la agresión natural que hay con los alimentos, es una inflamación” (Entrevista médico 3)

Al respecto, de acuerdo a la definición de la NIDCR, (47) la EP es una patología de los tejidos de soporte del diente, que puede ir desde una simple inflamación de las encías a una enfermedad seria que puede resultar en un daño mayor a los tejidos blandos y óseos que conforman el periodonto, pudiendo incluso llegar a la pérdida de la pieza dentaria.

Asimismo, en relación a las causas de la EP un pequeño grupo de los entrevistados hizo mención a la glucosa como factor de riesgo principal de la inflamación de las encías. Sin embargo, si bien, se considera a algunas patologías y condiciones sistémicas como factores de riesgo para EP, los factores principales son otros, como: los estilos de vida, el consumo de alcohol y tabaco, una baja dieta en calcio y vitamina D, entre otros. (47, 48).

Estos hallazgos dan cuenta del desconocimiento referente a la EP y su etiología en los ME de las ciudades de Chimbote y Nuevo Chimbote. Situación contraria ocurre en la India, (84) donde un estudio reportó que un buen número (70%) de profesionales médicos estaban conscientes de los signos y síntomas de la EP. En ese sentido, es necesario un refuerzo de los conocimientos acerca de la EP en la muestra de nuestro estudio, más aún, sabiendo que hay relaciones científicamente establecidas entre las enfermedades sistémicas, muchas veces tratadas por el endocrinólogo, y la EP.

VI.2.1.1.2 Conocimientos sobre la relación entre la EP y el SM

Todos los ME manifestaron que creían que el SM podría estar relacionado con la EP.

“Mmm, bueno más que nada una gingivitis podría ser ¿no?,

podría ser lo más frecuente” (Entrevista médico 1)

“Ah, ah ya con la enfermedad periodontal, la enfermedad periodontal específicamente” (Entrevista médico 2)

“Gingivitis caries dentales, pero más gingivitis, enfermedad periodontal es lo que más afecta y eso lleva a los dientes que se salen solos, que se mueven, que se salen, que sangran” (Entrevista médico 3)

Si bien no existe un estudio contrastable que evalúe la dimensión conocimientos de la relación entre la EP y el SM. Nuestros hallazgos son consistentes con el estudio de Nagarakanti et al. (19), quienes reportaron que todos los médicos participantes de un estudio llevado a cabo en la India, estaban conscientes de la relación entre la EP y las enfermedades sistémicas. Por otro lado, en Colombia, Roa-Cuesta et al., (26) reportaron que, de una muestra de 37 médicos de los hospitales de las ciudades de Bucaramanga y Bogotá, la mayoría tenía conocimiento acerca de la relación entre la EP con las enfermedades cardiovasculares y la DM.

No obstante, el estudio cualitativo de Bissett et al. (83) reportó que la mayoría de profesionales de la salud entrevistados en su estudio tenía un conocimiento mínimo de la relación entre la EP y la DM.

Asimismo, la mayoría de participantes médicos de nuestro estudio trataron de explicar el mecanismo de la relación a partir de la hiperglicemia que puedan tener los pacientes con SM. Por otro lado, la mayoría manifestó algunos otros posibles mecanismos de la relación como la proliferación de citoquinas proinflamatorias en la obesidad. Un pequeño grupo además relacionó la presencia de EP con la respuesta inflamatoria alterada en los pacientes con SM.

“Lo que pasa es que ya el, digamos la hiperglicemia ¿no? Eh, favorece la colonización ¿no? de los gérmenes, entonces, eso puede estar sucediendo, se altera el pH ¿no? salival y todo lo demás ¿no?” (Entrevista médico 1)

“Lo que pasa es que los niveles altos de glucosa, predisponen a que haya una sobrepoblación bacteriana, y si es que hablamos eh, que nos encontramos en lugar que está sobreexposto a gérmenes, entonces, obviamente que la boca es el lugar probablemente donde más, mayor contaminación tiene” (Entrevista médico 2)

“por ahí el colesterol elevado, por ahí quizás la obesidad por el tema de citoquinas pro inflamatorias, quizás por allí el tema de hipertensión incluso arterial ¿no? pudiese estar alterado” (Entrevista médico 2)

“Es una inflamación por elevación de la glicemia consecutiva a la disminución de la respuesta sistémica, la respuesta de defensa del cuerpo, la producción de polimorfonucleares, la producción de citoquinas es alterada, entonces no hay una buena respuesta a la agresión natural que hay con los alimentos, es una inflamación” (Entrevista médico 3)

“En el síndrome metabólico, la respuesta inflamatoria está alterada y hay una mayor posibilidad de inflamación alterada y hay una mayor posibilidad de infección e inflamación, eso dice que hay una mayor posibilidad de enfermedad periodontal” (Entrevista médico 3)

Según Lamster et al., (7) la relación entre la EP y el SM se da a partir del estrés oxidativo sistémico, que da lugar a un estado proinflamatorio sistémico que puede predisponer a un sujeto con EP a tener SM o viceversa. De igual manera, la obesidad presente en sujetos con SM puede causar un estado proinflamatorio sistémico, resistencia a la insulina y disglucemia, todos ellos pueden causar destrucción de tejido periodontal.

Dado lo anterior, los ME participantes en nuestro estudio dieron

explicaciones válidas de los mecanismos a través de los cuales el SM afecta a la EP. Esto posiblemente se debe a la amplia formación en fisiopatología que reciben los ME tanto en el pregrado como en el posgrado, lo que les permite deducir los posibles mecanismos de la relación entre el SM y la EP.

VI.2.1.2 Conocimiento de los beneficios del tratamiento colaborativo de los pacientes con SM y EP

VI.2.1.2.1 Conocimiento sobre el TP

La mayoría de ME manifestó desconocer como es el TP, asimismo, sólo un pequeño grupo se acercó a describir correctamente de que consta este tratamiento.

“Bueno, así a ciencia cierta no, tampoco ¿eso tendría que verlo con el odontólogo no?” (Entrevista médico 1)

“No, no lo he leído eso, lo deduzco acá (risas), limpieza, abrasión, drenar las lesiones.” (Entrevista médico 3)

“El odontólogo podría tener que derrepente tratar con antibiótico si es una infección, pudiera derrepente tener que hacer por ahí una limpieza un curetaje que se yo ¿no?” (Entrevista médico 2)

La *American Academy of Periodontology*, (85) menciona que, casi siempre se logra la salud periodontal a partir del tratamiento periodontal no quirúrgico, que comprende el raspado y alisado radicular para remover el cálculo y la placa de las bolsas periodontales y alisar la raíz dental para remover las toxinas bacterianas. Sin embargo, en algunos casos se emplean terapias complementarias como la aplicación tópica de antimicrobianos, antibiotecoterapia y modulación de hábitos del paciente. En ese sentido, en la mayoría de los entrevistados se evidenció desconocimiento acerca del TP, posiblemente debido a desinterés por tratarse de una actividad que le compete a otro especialista o desinformación debido a no haber sido capacitado o autocapitado en el tema.

VI.2.1.2.2 Conocimiento de los beneficios del tratamiento colaborativo de los pacientes con SM y EP

Todos los ME creen que el control del SM, o de alguno de sus componentes, como la glucosa, puede ayudar a la resolución de la EP, en algunos casos sugiriendo que el tratamiento sistémico del paciente soluciona los problemas periodontales.

“osea, yo creo que el control metabólico si influiría para la resolución de la enfermedad periodontal” (Entrevista médico 2)

“porque generalmente cuando ya están en tratamiento, los procesos de gingivitis resuelven habitualmente” (Entrevista médico 2)

“cuando los pacientes controlan metabólico el tema de halitosis y sangrado mejora” (Entrevista médico 3)

“específicamente de enfermedad periodontal, mi experiencia dice que resuelve más, eh normalizándole la glicemia, normalizándole la glicemia, normaliza el tema del sangrado o el tema de las molestias” (Entrevista médico 3)

Al respecto, el estudio de Thanakun et al., (14) reporta que el SM no tratado está asociado con la periodontitis severa (OR=3,60 IC 95% 1,05-13,40), a partir de lo cual se puede inferir que un adecuado control de los componentes del SM podría favorecer la salud periodontal de estos pacientes y/o prevenir la aparición de EP severa. Asimismo, según la teoría de Lamster et al., (7) que señalan que la presencia de SM o alguno de sus componentes podría desencadenar un estado prooxidativo que puede alterar la respuesta fisiológica normal del organismo e incrementar el riesgo de EP, las opiniones vertidas por los médicos de nuestro estudio podrían ser razonables. Sin embargo, cabe señalar que la instauración de la EP depende de

diversos factores, entre ellos cambios microbiológicos, que deben ser resueltos, además, de manera local, por lo que el tratamiento de la condición sistémica no soluciona por si solo el problema periodontal. (86)

Sólo unos pocos médicos creían que el tratamiento de la EP podría de alguna manera contribuir con el control del SM, fundamentando que la resolución de la EP puede favorecer a una mejor nutrición y en otros casos a eliminar focos infecciosos que impiden el control metabólico.

“Eh, claro, claro que sí, porque, digamos también este si uno está gozando de buena salud dental, digamos los alimentos también se van a procesar mejor ¿no?, ya no porque digamos cuando uno está con infecciones a la cavidad oral, ya va cargado de gérmenes ¿no?, entonces uno tiene problemas”
(Entrevista médico 1)

“incluso son determinantes, para que la glucosa no mejore y pues le examinamos todo, menos, menos la boca, y en la boca puede estar el foco infeccioso pues.” (Entrevista médico 2)

“bueno yo creo que la verdad desconozco si se da esa relación. Yo si más iría a lo contrario, osea yo creo que el

control metabólico si influiría para la resolución de la enfermedad periodontal” (Entrevista médico 2)

“No creo, no es, va a contribuir a mejorar la salud del paciente, pero no las condiciones, en el síndrome metabólico su principal problema es la resistencia a la insulina, no creo que el tratamiento de la enfermedad periodontal modifique la resistencia a la insulina” (Entrevista médico 3)

Respecto a lo anterior, hay evidencia que sugiere que el TP puede contribuir con la mejora de ciertos parámetros alterados en el SM, como los triglicéridos, el colesterol HDL, y marcadores de inflamación como, leucocitos, interleuquina-6 y proteína C reactiva. (15, 16, 18) Esto nos lleva a inferir que si no tratamos la EP la resolución de estos parámetros en los pacientes con SM no será óptima. Por lo que hay una necesidad de educar a los ME sobre los beneficios del TP en la salud de sus pacientes con SM a través de la difusión de la evidencia científica existente sobre el tema.

VI.2.1.3. Opiniones mutuas sobre el manejo del paciente con SM

VI.2.1.3.1 Opiniones sobre el manejo odontológico de pacientes con SM

La mayoría de los ME expresó que los odontólogos no prestaban especial interés en el cuidado de la salud periodontal de sus pacientes

con SM. Asimismo, un pequeño grupo opinaba que muchas veces el paciente endocrinológico que era referido al consultorio odontológico no lo hacía finalmente porque los odontólogos luego no les hacen bien los tratamientos o les sugieren hacérselos en sus consultas privadas.

“Lo que pasa es que nadie creo, y eso es lo malo, nadie creo que se preocupa por la, por el tema oral, osea, pocos como ustedes que están haciendo este proyecto, pocos nos preocupamos por la salud oral la verdad” (Entrevista médico 2)

“Que acá creo que no hay muchos odontólogos que trabajen ese tema, es mi impresión.” (Entrevista médico 3)

Lo anterior, refleja que posiblemente existe cierta sensación de desconfianza de parte de los ME hacia los odontólogos que trabajan en los hospitales públicos. Al respecto, los resultados del estudio cualitativo de Susan Bissett et al. (83) en el Reino Unido, son similares a los de nuestro estudio, pues algunos médicos entrevistados en el estudio de Bissett et al. percibieron que los odontólogos manejan su profesión como un negocio fuera del sistema de salud y que a veces postergan por un tiempo considerable las atenciones de los pacientes que manifiestan algún dolor, discomfort o malestar en la boca, lo cual a nivel general sería

inaceptable según manifiestan. Lo anterior denota que los médicos perciben, además, cierta falta de vocación y profesionalismo de parte de los odontólogos en su labor dentro del sistema de salud, asimismo, es posible percibir una especie de celo profesional de parte de los médicos al señalar entre líneas que ellos deben estar siempre dispuestos a la atención de los pacientes cuando lo necesitan mientras que el odontólogo muchas veces puede decidir postergar dichas atenciones.

Un pequeño grupo de médicos manifestó que en otros países el manejo de pacientes con SM es multidisciplinario, y que dentro del equipo siempre hay un odontólogo, pero que aquí en nuestro país no existe esa práctica. Sin embargo, refieren que algunos odontólogos si suelen hacer interconsultas de pacientes con SM, específicamente cuando tienen la glucosa alta. Asimismo, un pequeño grupo manifestó no realizar referencias de sus pacientes con SM al odontólogo.

“eh, hay siempre ahí en el equipo, hay siempre un integrante que maneja el tema de la salud bucal, pues, un odontólogo, o un estomatólogo, pero no tenemos pues esa costumbre, ya quisiera yo, y pues, yo creo que de aquí va a partir esa sugerencia” (Entrevista médico 2)

“porque el odontólogo si lo hace cuando se le halla la

glucosa alta, y ya me ha tocado más de uno del odontólogo, probablemente tenga periodontal enfermedad periodontal o no, que incluso ni le preguntamos, pero lo que sí, llega el paciente referido del odontólogo para bajarle la glucosa, bajar los triglicéridos, bajarle y mejorarle el síndrome metabólico.” (Entrevista médico 2)

“La verdad que, ¿Qué yo refiera al odontólogo? La verdad que ninguno hasta ahora, aquí en el hospital ninguno.” (Entrevista médico 2)

Nuestros resultados difieren de los hallazgos reportados en el estudio cualitativo de Lewis-Zúñiga, llevado a cabo en un hospital público en Lima, Perú, (87) quien reporta que los ME manifestaron realizar interconsultas odontológicas de sus pacientes. Sin embargo, esto solo sucede cuando los pacientes manifiestan algún problema de salud oral o ellos mismos solicitan la interconsulta. Otro estudio reportó que la mayoría de sus participantes profesionales de salud (92%), entre médicos, estudiantes de medicina y enfermeras, no habían referido nunca a uno de sus pacientes al odontólogo. (88) Por otro lado, la literatura reporta que los odontólogos sí practican activamente las referencias e interconsultas de sus pacientes a los médicos. En ese sentido, un estudio de Lin et al. (89) reportó que un buen número de odontólogos (61,2%) refería a sus pacientes con DM

al endocrinólogo en la provincia de Guangdong en China.

VI.2.1.3.2 Opiniones de la inclusión del abordaje odontológico como parte de la consulta médica del paciente con SM.

Todos los ME manifestaron que les parece importante el abordaje odontológico de sus pacientes con SM para mejorar su estado de salud. No obstante, la mayoría aseguró que no han tomado muy en cuenta la salud oral de sus pacientes con SM.

“pero sí, tenemos que hacer un mayor monitoreo, yo creo que vamos a tener que coordinar con los internos de odontología que están ahí, para que ellos vengan y lleven, conduzcan al paciente ¿no?” (Entrevista médico 1)

“pero de verdad que no hemos priorizado la parte dental ¿no?, y yo creo que es muy importante.” (Entrevista médico 1)

“en otras latitudes, en otros lugares, si hay mucha preocupación por esto, es más dentro del equipo multidisciplinario que maneja el paciente comórbido obeso, comórbido con alguna patología del síndrome metabólico, este, eh, hay siempre ahí en equipo hay siempre un integrante que maneja el tema de la salud bucal, pues un odontólogo, o un estomatólogo” (Entrevista médico 2)

“No, creo que es necesaria integrarla, no tanto en síndrome metabólico sino ya en tratamiento integral de diabetes del paciente diabético, derrepente para consejería en síndrome metabólico si sería interesante ¿no?, sobre higiene, sobre revisiones periódicas” (Entrevistas médico 3)

Nuestros hallazgos son similares al estudio de Bisset et al., (83) quienes reportaron que los médicos entrevistados sienten que considerar el estado de salud oral de sus pacientes es importante en términos de reducción de la inflamación local y su impacto positivo sobre los valores de glucosa en pacientes diabéticos. Sin embargo, la no inclusión sistemática del abordaje terapéutico de salud oral en el manejo de estos pacientes, no tendría un impacto positivo sobre cuidado de la salud de los mismos.

Otro estudio en Carolina del Norte, USA, (90) reportó que tanto médicos internistas como endocrinólogos están de acuerdo en que la colaboración médico odontológica es importante para reducir el riesgo del paciente sistémico de desarrollar EP. Asimismo, en Perú, el estudio cualitativo de Lewis-Zúñiga, (87) reportó que los ME participantes de su estudio manifestaron que a pesar de considerar importante la salud oral para sus pacientes, esta es muchas veces dejada de lado, por motivo de tiempo.

La mayoría de los ME mostraron interés en aprender más sobre el tema para poder contribuir a las mejoras de los pacientes con SM a través de la prevención y el tratamiento colaborativo.

“Claro, claro que sí, osea me gustaría conocer más ¿no? Para poder hacer prevención también” (Entrevista médico 1)

“primero yo quiero hallar esos criterios, derrepente tomarme el tiempo de examinar la boca de mi paciente, y ver si es que tiene alguna, algún signo clínico para poder mandarlo al odontólogo ¿no? y eso sí créeme que lo voy a hacer” (Entrevista médico 2)

“Yo creo que la única finalidad sería mejorar la salud integral del paciente, comórbido con patología metabólica ¿no? esa es la única finalidad, y yo obviamente voy a aprender en ese intento, entonces sería ideal pues ya que ustedes, si están metidos en esto nos orientan sería genial.” (Entrevista médico 2)

“dentro de los cursos que se dan internacionales en otros países y nacionales también, si incluyen ah a la enfermedad periodontal, si es un tema, no en todos, pero en algunos

cursos lo incluyen, pero yo pienso que deberían incluirlo más.” (Entrevista médico 1)

Al igual que en nuestro estudio, Owens et al. (90) reportaron que, la mayoría de los profesionales encuestados en su estudio (90%) manifestó que los médicos deben ser capacitados acerca de la EP; asimismo, casi un 80% manifestó que deberían ser entrenados para hacer tamizaje de EP en sus pacientes. Los resultados de Lewis-Zúñiga, (87) mostraron hallazgos similares, pues los médicos entrevistados manifestaron que les gustaría recibir charlas de salud oral por parte de los odontólogos para poder instruir a sus pacientes con DM.

En general, esta predisposición de los médicos para la inclusión de la salud oral en el manejo de pacientes con enfermedades sistémicas parece ser una tendencia presente en diferentes contextos, y crea un escenario ideal para buscar la integración de ambas profesiones en beneficio de la salud de los pacientes.

VI.2.1.3.3 Opiniones de la relación actual entre ME y odontólogos.

Los relatos de los ME dieron a conocer una brecha existente entre la profesión médica y la odontológica, no obstante, la mayoría mostró interés y actitud positiva para poder cerrar esa brecha.

“eh, hay siempre ahí en equipo, hay siempre un integrante que maneja el tema de la salud bucal, pues un odontólogo, o un estomatólogo, pero no tenemos pues esa costumbre, ya quisiera yo, y pues yo creo que de aquí va a partir esa sugerencia” (Entrevista médico 2)

“No, los de odontología rotan en medicina, ¿no? En este consultorio no, pero podrían rotar también ah, sería importante que un interno, aunque sea un mes rote por aquí.” (Entrevista médico 1)

“Mejor relación con los odontólogos, una mejor relación con los odontólogos, me gustaría que derrepente nos reunamos y que conversemos del tema, pero fíjese que esto me ha servido porque bueno vamos a hacer eso pues ¿no?” (Entrevista médico 2)

“Que acá creo que no hay muchos odontólogos que trabajen ese tema, es mi impresión.” (Entrevista médico 3)

Los resultados de Bissett son semejantes a los nuestros, pues algunos de los médicos entrevistados en su estudio mencionaron que los odontólogos no se dan cuenta aún de que forman parte de un sistema de salud y no deberían verse como alguien que trabaja de manera

aislada, sino que deben buscar una integración y estar predispuestos al trabajo en equipo. (83) Asimismo, también mostraron predisposición para cerrar la brecha entre ambos grupos de profesionales. En el mismo estudio salió a la luz el tema de la separación médica odontológica en repetidas ocasiones, al punto de que los médicos manifestaron sentirse aislados al tratar de manejar los problemas orales de sus pacientes.

Las razones de la posible separación entre los profesionales médicos y odontólogos fueron abordadas en el estudio cualitativo de Holzinger et al., quien reportó que esta podría deberse a una separación desde la educación universitaria y la falta de entrenamiento conjunto, pero, el deseo por mejorar la comunicación entre ambos grupos de profesionales fue expresado a menudo. (91) En concordancia con estos resultados, se puede mencionar que, a pesar de los comentarios negativos de los médicos hacia los odontólogos en nuestro estudio, en los relatos se percibe cierta predisposición a la búsqueda de una integración con los profesionales odontólogos, lo cual debería ser tomado en cuenta por los tomadores de decisiones dentro de los hospitales que formaron parte del estudio. No se debe descartar, además, la posibilidad de que los médicos puedan ver amenazada su posición “hegemónica” en el sistema de salud, por parte de los odontólogos u otras profesiones, motivo por el cual prefieren mantener a la profesión médica completamente independiente de las demás profesiones de salud, por

lo cual, cualquier tipo de esfuerzo para la integración entre ambas profesiones debe ser realizada tomando en cuenta este potencial problema.

VI.2.1.4. Percepción en cuanto a dudas, interrogantes o comportamientos de los pacientes con SM frente a su salud oral.

VI.2.1.4.1 Percepciones sobre la reacción del paciente frente a repercusiones en la cavidad oral del SM

La mayoría de los ME manifestó que sus pacientes con SM no han expresado preocupación concerniente a su salud periodontal. Sin embargo, un pequeño grupo manifestó que en aquellos en los que la EP parece ser más severa los pacientes muestran síntomas depresivos y preocupación. Las molestias más comúnmente referidas fueron: sangrado y movilidad dental.

“La mayoría no la hacen ah, nosotros tenemos que explorar porque, la mayoría nunca, siempre dicen me duele la rodilla, me duele la columna, pero nunca dicen en los problemas dentales, entonces yo pienso que nosotros somos los que debemos explorar” (Entrevista médico 1)

“la mayoría vienen con un síndrome depresivo, una autoestima baja, baja, porque es parte de su cuerpo que se pierde pues ¿no?” (Entrevista médico 1)

“No la verdad que ninguno, ninguno (le ha manifestado preocupación o discomfort acerca de sus dientes, encías o boca)” (Entrevista médico 2)

*“Les llama la atención el sangrado al cepillarse.”
(Entrevista médico 3)*

“Me preguntó que podríamos hacer y le dije controlar la glicemia, y este tema más que te lo evalúe porque había unos dientes que se estaban moviendo.” (Entrevista médico 3)

El estudio de Lewis-Zúñiga, (87) reportó resultados muy similares a los nuestros, pues los ME manifestaron que los pacientes con DM no mostraban preocupación por su salud oral, y que incluso cuando se les recomendaba ir al odontólogo a veces lo rechazaban y no le dan la debida importancia. Por otro lado, un estudio de Eldarrat et al. (92) pone en evidencia que, de una muestra de pacientes con DM evaluados, la conciencia acerca del riesgo de padecer enfermedades orales asociadas a su condición sistémica, era baja, en relación a su conciencia sobre la enfermedad sistémica *per se*. Asimismo, manifestaron que los pacientes con DM mostraban una actitud negativa en cuanto mantener una buena salud oral.

Estos hallazgos ponen de relieve que los pacientes con SM y otras enfermedades sistémicas necesitan ser debidamente informados acerca de las posibles repercusiones orales de su condición sistémica. En este escenario, tanto el odontólogo como el médico endocrinólogo juegan un rol importante. (93)

VI.2.1.4.2 Percepciones de la salud oral de los pacientes con SM

La mayoría de los ME manifestaron haber observado en sus pacientes con SM: edentulismo, movilidad dentaria, y abscesos dentarios.

“Pasó una semana y media aproximadamente vino nuevamente con la cara mucho más hinchada y cuando le abro la boca tenía tal absceso dentario que nunca me voy a olvidar ah, nunca he visto un absceso tan grande”
(Entrevista médico 1)

“Por ejemplo, una señora que venían, bueno una paciente de treinta y dos años que se le habían caído dientes por acá (señalando los dientes supero anteriores) y a los treinta y dos años es bastante joven todavía para que tenga, para que le falten dientes ¿no?” (Entrevista médico 1)

“determinar si tiene algún tipo de absceso periodontal, que

es muy frecuente en pacientes diabéticos para mandarlos al odontólogo pues” (Entrevista médico 2)

“Gingivitis caries dentales, pero más gingivitis, enfermedad periodontal es lo que más afecta y eso lleva a los dientes que se salen solos, que se mueven, que se salen, que sangran” (Entrevista médico 3)

“ah ya, hay, hay pacientes que han venido con abscesos dentales, entonces todo el proceso de la enfermedad periodontal, desde el sangrado hasta abscesos ¿no?” (Entrevista médico 3)

Nuestro hallazgo es congruente con lo reportado con la literatura, pues diversos estudios reportan que los indicadores de la EP, como la presencia de bolsas periodontales, la pérdida de inserción clínica y la extensión de la EP es mayor en los pacientes con SM, que en aquellos que no lo padecen. Dado lo anterior, la presencia de signos de la EP como movilidad, abscesos y pérdida dentaria puede ser bastante notoria en estos pacientes. (94) Por otro lado, un estudio de Kogawa et al. (95) pone en evidencia que muchas veces los pacientes sistémicos pueden percibir tener una buena salud oral, sin embargo, al momento de someterlos a una evaluación clínica resulta todo lo contrario. Por ese motivo se debe concientizar a los pacientes con

SM para que tomen las riendas de su salud oral y se le brinde la debida importancia.

Por ello, es importante que el paciente tome consciencia de que el examen de la cavidad bucal debe hacerlo un profesional odontólogo y que este debe ser realizado periódicamente, y no solo ante la presencia de dolor o molestias, mucho más aun cuando se tiene una patología sistémica que puede presentar repercusiones en la cavidad oral.

VI.2.1.5. Percepción de barreras y/o impedimentos para el tratamiento colaborativo médico odontológico del paciente con SM.

VI.2.1.5.1 Percepción de barreras y/o impedimentos para el tratamiento colaborativo del paciente con SM.

Todos los ME percibieron diferentes barreras para el tratamiento colaborativo con odontólogos en el manejo de sus pacientes con SM, como la falta de personal y tiempo, el desconocimiento, y el no tener un programa estructurado de transferencias odontológicas dentro del hospital. Sin embargo, en unos pocos casos sí se reportó haber realizado referencias al odontólogo pese a las mencionadas limitaciones.

“Sí, claro, ahorita yo creo que se ha descuidado, y que bien que vino no, porque, realmente hemos descuidado ¿no?, no

porque hemos querido sino porque no hay suficiente personal en este momento” (Entrevista médico 1)

“El tiempo más que nada, porque tenemos que llenar muchos documentos ¿no?” (Entrevista médico 1)

“Eh, la verdad voy a asumir desconocimiento, desconocimiento, quizás si manejaba el tema de relación como tal, pero pues quizás uno se enfoca más a las complicaciones, ya ándate al oftalmólogo, anda vete al cardiólogo, o váyase al nefrólogo, pero como tal al odontólogo, todavía no, no ha habido, ese, esa buena idea de mandarlo pues” (Entrevista médico 2)

“no tenemos un programa para la transferencia odontológica que bueno sabemos que debería haber, pero no está estructurado en el seguro de manera particular eso ¿no?” (Entrevista médico 3)

Respecto a lo anterior, un estudio cualitativo en Alemania reportó que los médicos entrevistados percibieron una falta de conocimiento en los odontólogos acerca de temas sistémicos. Además, manifestaron que perciben a la medicina y odontología como dos disciplinas separadas y no esperan mucha colaboración. (96) Este

difícil escenario en otro país, no parece ser el caso de la ciudad de nuestro estudio, pues si bien los médicos de nuestra muestra reportaron barreras para el tratamiento colaborativo, se percibió preocupación por el tema y la intención de integrar a ambas profesiones en el manejo de sus pacientes con SM.

De igual manera un estudio de revisión de Harnagea et al. (97) encontró como principales barreras para la colaboración médico odontológica a la falta de políticas de salud y educación orientadas a esta actividad. Asimismo, las políticas de soporte, la educación interdisciplinaria, y las prácticas colaborativas fueron consideradas como facilitadores para la colaboración entre médicos y odontólogos. En el mismo sentido, Manski et al. (98) sugieren promover la colaboración entre médicos y odontólogos a través de educación interdisciplinaria y multidisciplinaria, coordinación de la referencia de pacientes entre médicos y odontólogos, y un mayor financiamiento de los sistemas de salud.

Asimismo, es importante abordar otros posibles factores involucrados en este problema, como: la cantidad de personal y el tiempo en la consulta médica endocrinológica, que, en hospitales públicos de nuestro contexto, son limitados y pueden ser determinantes de la adopción de medidas adicionales de cuidado a los pacientes.

VI.2.1.5.2 Percepción de barreras y/o impedimentos para brindar información oportuna al paciente con SM.

La mayoría de los ME manifestaron que la única barrera que ellos percibían para poder brindar información oportuna acerca de la salud periodontal a sus pacientes con SM era el tiempo de consulta. Solo un pequeño grupo manifestó que no había ningún impedimento si se capacitaban.

“tal vez la única barrera es el tiempo ¿no? De consulta que a veces, dios mío priorizamos derrepente no mire la comida, la alimentación, tiene que hacer esto, pero de verdad que no hemos priorizado la parte dental ¿no?” (Entrevista médico 1)

“Entonces ese es el problema, y yo creo que si no llenaríamos tanto tendríamos más tiempo para educar ¿no?” (Entrevista médico 1)

“El tiempo, el tiempo de consulta.” (Entrevista médico 3)

“no creo que haya ningún impedimento uno puede fácilmente ir a casa y leer ¿no?, uno puede leer al toque y ya y poder derrepente por ahí está, la sospecha de que si tu

paciente tiene tales síntomas pues hay que mandarlo al odontólogo ¿no?” (Entrevista médico 2)

El estudio de Lewis-Zúñiga (87) confirma nuestros hallazgos pues la muestra de su estudio reportó que la falta de tiempo de consulta era una de las principales barreras, a pesar de que les gustaría poder brindar información a sus pacientes. A ello se sumó la cantidad de pacientes que deben atender al día, asimismo, enfatizaron en que hace falta mayor preparación para poder brindar información oportuna a sus pacientes. De igual manera, un estudio de Yuen et al. (99) menciona que, los principales factores por los que un profesional certificado en DM no brinda información de salud oral a sus pacientes es por falta de tiempo o de conocimiento relacionado al tema.

En ese sentido, es necesario que se pueda implementar un número de profesionales adecuado en los hospitales para poder darle una atención adecuada al paciente; asimismo, se debe tener en cuenta que el número de pacientes debe ser proporcional al número de horas laborables del profesional. De esta manera, el médico no tiene que disminuir el tiempo de atención de cada paciente para poder atender a todos sus pacientes programados.

VI.2.1.5.3 Percepción de posibles soluciones para el tratamiento

colaborativo del paciente con SM (Código emergente).

Todos los ME identificaron diversos temas a solucionar para mejorar o superar las barreras para el tratamiento colaborativo del paciente con SM, que iban desde la autocalificación hasta medidas que debe adoptar el hospital en relación a procesos, como: anejar un programa de transferencias odontológicas de los pacientes con SM, e identificar mecanismos de apoyo en otros profesionales de la salud, como enfermeras e internos, para asegurar que las transferencias puedan hacerse efectivas.

“antes había una enfermera más a disposición del programa, paciente que salía, ella lo conducía al consultorio, era más sencillo eso ¿no? Y nos asegurábamos de que el paciente pase, una tarjeta y ya, acá a dental, y todo, todo lo íbamos despachando ¿no?” (Entrevista médico 1)

“pero sí, tenemos que hacer un mayor monitoreo, yo creo que vamos a tener que coordinar con los internos de odontología que están ahí, para que ellos vengán y lleven conduzcan al paciente ¿no?” (Entrevista médico 1)

“Entonces ese es el problema, y yo creo que si no llenaríamos tanto tendríamos más tiempo para educar ¿no?, por eso es que dentro de los, verdad ahora que está el

programa de los diabéticos, les voy a decir que incluyan especialmente cada mes una charla de dental” (Entrevista médico 1)

“uno puede fácilmente ir a casa y leer ¿no?, uno puede leer al toque y ya y poder derrepente por ahí está, la sospecha de que si tu paciente tiene tales síntomas pues hay que mandarlo al odontólogo ¿no?” (Entrevista médico 2)

“no tenemos un programa para la transferencia odontológica que bueno sabemos que debería haber, pero no está estructurado en el seguro de manera particular eso ¿no?” (Entrevista médico 3)

En ese sentido, la evidencia señala que las intervenciones basadas en la capacitación a los médicos sirven para poder concientizar y mejorar el conocimiento de los médicos acerca de las enfermedades orales. (100) Asimismo, otros estudios como el de Roa et al., (26) concluyen y recomiendan que es importante realizar foros dentro de las instituciones formadoras de médicos y en hospitales, con el objetivo de brindar información y educar a los médicos para que recomienden información de salud odontológica a sus pacientes comprometidos sistémicamente. La recomendación de la

introducción de la salud oral en el currículo médico es además enfatizada por otros investigadores. (90, 96)

Por otro lado, la introducción del programa de transferencias ha sido ya abordado por algunos investigadores como Harnagea et al. (97) quienes recomiendan que las organizaciones de salud deben integrar la salud oral y los servicios de salud oral en la atención primaria. De igual forma, recomiendan crear políticas de salud que soporten las prácticas colaborativas y la atención de salud centrada en el paciente en el campo de la atención primaria. El tema de la desintegración de la salud oral en el manejo de pacientes sistémicos ya ha sido abordado por varios investigadores, e incluso, se han propuesto esquemas para la práctica colaborativa que pueden ser adaptados a nuestro sistema de salud. (101, 102)

VI.3. Resultados en odontólogos

VI.3.1. Conocimientos, opiniones y percepciones acerca de la relación entre EP y SM en odontólogos

VI.3.1.1 Conocimientos de la relación entre el SM y la EP.

VI.3.1.1.1 Conocimiento sobre el SM

La mayoría los odontólogos desconocía la definición de SM, asimismo, un pequeño grupo se acercó a la definición de la condición, mencionando que se trata de una enfermedad en la cual

coexiste la presencia de presión arterial alta, glucosa alterada, y dislipidemia; generalmente en estos casos, los odontólogos habían tenido alguna vez SM.

“Entonces cuando tú dices hay alteraciones allí en tu organismo ¿no? hay una descompensación ahí de glucosa, triglicéridos, entonces no solo vamos a hablar de una enfermedad ¿no?” (Entrevista odontólogo 9)

“tiene alterada la glucosa, el colesterol, los triglicéridos ¿no?, porque por ahí va el síndrome metabólico, pero, este no, no, no sabe, hay mucho desconocimiento ahorita respecto a ello ¿no?” (Entrevista odontólogo 1)

*“A ver, son varios factores que hacen que este se dé ciertas características en las enfermedades por decir ¿no?, algo así.
- Presión alta este, diabetes, las eh dislipidemias ¿no?”
(Entrevista odontólogo 06)*

“uno de ellos es aumento de volumen ¿no? síntomas, aumento de tamaño, de peso ¿no? y acúmulo de grasa debajo de la piel ¿no? en el tejido celular subcutáneo, eh, dificultades para respirar tal vez si es que hay problemas ya circulatorios y también dificultades para moverse, afectación de algunas articulaciones por el sobrepeso,

cintura, rodilla.” (Entrevista odontólogo 3)

“Por ejemplo trastornos de origen, de orden metabólico, el consumo excesivo de grasas, de harinas, nos van a conducir a un elevado nivel de colesterol y triglicéridos, eso es por un lado, que va a elevar la presión, incluso la glucosa ¿no? va a conducir enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial y la colesterolemia y las enfermedades propias también de los triglicéridos ¿no?” (Entrevista odontólogo 5)

Es preciso mencionar que, una de las definiciones de SM más aceptadas por la comunidad científica internacional, es la de la IDF, que define al SM como la presencia de obesidad central (abdominal), sumado a dos o más de los siguientes componentes: triglicéridos elevados, colesterol HDL reducido, presión arterial aumentada y/o glucosa plasmática elevada. (32)

Asimismo, si bien no existe en la literatura un estudio acerca de los conocimientos de los odontólogos en relación al SM, un estudio de Boyd et al., reportó que los odontólogos encuestados en su estudio no tenían un conocimiento adecuado acerca de la DM ni de su control. (102) Otro estudio indica que los odontólogos perciben como necesario el ser capacitados en la identificación de factores de riesgo de enfermedades sistémicas y en el manejo de los pacientes

que las padecen. (20) Los resultados de estos estudios reflejan la falta de conocimiento acerca de las enfermedades sistémicas en los profesionales odontólogos, lo que limita el entendimiento de la relación entre estas enfermedades y la EP. Esto último posiblemente se deba a la escasa capacitación en el tema durante la formación universitaria de la carrera de odontología.

VI.3.1.1.2 Conocimiento sobre la relación entre la EP y el SM

Todos los odontólogos conocen que existe una relación entre la EP y el SM.

“como hablábamos muchos de estos pacientes con síndrome metabólico, diabéticos ya declarados, ¿no? Tienen problemas con la parte periodontal” (Entrevista odontólogo 1)

“La enfermedad periodontal, es el factor que le he visto pues más común en todos.” (Entrevista odontólogo 6)

“Este, con una gingivitis, una periodontitis” (Entrevista odontólogo 4)

Al respecto, en el estudio de Lewis-Zúñiga se reportó una situación similar, pues, la mayoría de los odontólogos conocían acerca de la relación entre la DM y la EP. (87) Esto es confirmado por los

estudios de Paquette, (20) Bissett, (83) Song, (103) y Nagarakanti (19) quienes reportan que la mayoría de los odontólogos participantes en sus estudios tienen conocimiento acerca de la relación entre las enfermedades sistémicas y la EP.

La mayoría de los odontólogos atribuye la relación al nivel elevado de glucosa, la resistencia a la insulina, la inmunodepresión, las dislipidemias y un pequeño grupo habló de una relación indirecta a partir del estrés, problemas psicológicos y bruxismo. Otro pequeño grupo atribuyó que no había estudios serios que confirmen o expliquen la relación entre el SM y la EP

“Primero se eleva la glucosa al elevar la glucosa hay alteraciones fisiológicas eh ¿no?, en el organismo y en la cavidad bucal las bacterias que están en estado saprofitico ¿no? encuentran un medio que es el surco con un pH alcalino, en donde esas bacterias este, se hacen más virulentas, osea bajan las defensas y esas bacterias se hacen más virulentas y comienzan a causar alteraciones en el, en el ligamento periodontal en el hueso alveolar con movilidad dentaria y abscesos periodontales ¿no?” (Entrevista odontólogo 9)

“¿El síndrome metabólico? Mmm, depende pues, si hay

dislipidemias pues van a subir los niveles este de colesterol ¿no? va a subir también el de glucosa y eso va a hacer que se inflamen las encías un poco ¿no?, y si estás encías no son tratadas aparte de que se hay biofilm, hay derrepente tártaro ¿no? y encías sangrantes, eso va a complicar un poco ¿no? que se inflamen las encías, que haya pérdida de hueso, de sostén ¿no? y posterior extracción de las piezas ¿no?”
(Entrevista odontólogo 6)

“lo que no tenemos es un estudio real en que, si ese síndrome metabólico afecta en unos primeros pasos, porque para ser un problema periodontal necesitas ciertas características, no necesariamente las características gingivales, que las gingivales nos pueden dar una orientación de que si eso no es tratado se puede pasar a un problema periodontal, pero decir yo que un problema periodontal por un síndrome metabólico no podría decirte así a ciencia cierta”
(Entrevista odontólogo 1)

Si en caso está, esté relacionado con estrés con problemas psicológicos el síndrome metabólico, que es muy, muy común ¿no? que sean problemas psicológicos los que traigan este aumento de peso, todo eso, excesivo consumo de carbohidratos, o bueno por último excesivo consumo de

ingesta de alimentos trae pues este consigo, pues consigo el estrés, bien el eh, el este el bruxismo ¿no?, el bruxismo y todo eso que ocasiona el cambio de la dirección de las fuerzas que van sobre, eh las fuerzas axiales ¿no?, las fuerzas axiales de la pieza dental, se desvían, se cambian de dirección y ocasionan daño en esas piezas dentales ¿no es así?, entonces uno de los problemas que, que se conlleva es el, la periodontitis ¿no es así?, la periodontitis” (Entrevista odontólogo 3)

A pesar de que los odontólogos trataron de explicar los mecanismos de la relación entre la EP y el SM, estas explicaciones no se acercaban a la teoría de Lamster et al. (7) quien explica que el mecanismo de la relación se da a través del estrés oxidativo sistémico. Asimismo, al igual que en nuestro estudio, algunos odontólogos del estudio cualitativo de Song (103) manifestaron que, la relación entre las enfermedades orales y sistémicas no era causal. Sin embargo, Lamster (7) a través de una revisión de los estudios realizados afirma que existe una marcada asociación entre ambas patologías. Por ello, es necesario educar a los profesionales odontólogos acerca de esta relación, haciendo de conocimiento las evidencias de las que se dispone actualmente.

Un buen grupo de odontólogos cree que la EP podría causar problemas en el SM a partir de la alta carga bacteriana presente en la EP y su diseminación por vía hematológica. Sin embargo, las explicaciones de esta relación no son del todo específicas y se basan en suposiciones, generalizando este mecanismo para todas las enfermedades.

“esas bacterias están que van a causar daños a distancia ¿no? esa flora ya es, no es, no es saprofítica sino es patógena, que, por vía sanguínea, por vía linfática está que se va a diferentes tejidos, órganos ¿no? y está demostrado ¿no?” (Entrevista odontólogo 9)

“sabes que la boca es la puerta de entrada de todos los alimentos, por lo tanto, si hay microorganismos en la cavidad bucal, pues todo el organismo también se va a ver afectado por medio del torrente sanguíneo ¿no?, la, las células son contaminadas también, entonces va a aumentar también este, o va a afectar en este caso para mí los microorganismos que hay en el torrente sanguíneo y va a afectar pues a todo el cuerpo humano, en realidad a todo ¿no?” (Entrevista odontólogo 2)

“esta enfermedad periodontal a la vez este, puede repercutir en, si tiene heridas sangrantes o no, sino es tratado las

bacterias que se crean ahí, que están ahí pues, van al torrente sanguíneo y pueden contribuir a que esas enfermedades se, se agraven más” (Entrevista odontólogo 6)

“los microorganismos en el tejido periodontal que a través del torrente sanguíneo pueda diseminarse al organismo, y eso puede distorsionar el aspecto metabólico del paciente ¿no? probablemente” (Entrevista odontólogo 7)

Un pequeño grupo de odontólogos no cree o desconoce que se pueda dar una relación de afectación que parta de la EP hacia el SM; no obstante, sus explicaciones no profundizan en la fundamentación de este argumento.

“No, porque yo pienso que es una consecuencia el síndrome metabólico, una, este, la enfermedad periodontal es una consecuencia del síndrome metabólico, no siempre claro, estamos hablando, una de sus causas ¿no?” (Entrevista odontólogo 5)

“¿La enfermedad periodontal al síndrome metabólico? Desconozco eso ah sinceramente.” (Entrevista odontólogo 8)

“¿De que la enfermedad periodontal afecte al síndrome metabólico? Bueno la relación allí sería un poco más traída de los pelos, eh habría que hacer un análisis y un estudio, porque en realidad yo no he pensado en esa posibilidad de que una persona aumente de peso o tenga problemas este endocrinológicos por presenciar un problema periodontal al menos no me parece que, bueno no lo he pensado ¿no?”
(Entrevista odontólogo 3)

Solo un pequeño grupo de odontólogos atribuyó una relación directamente proporcional entre la severidad del SM y la EP.

“así como avanza su problema este metabólico, su diabetes, va a avanzar también la enfermedad periodontal”
(Entrevista odontólogo 9)

“empezando por una gingivitis, una periodontitis ¿no?, destrucción de soporte óseo, osea todo el proceso evolutivo de la enfermedad periodontal pues, dependiendo también del grado de severidad del problema sistémico que tenga también ¿no?” *(Entrevista odontólogo 7)*

VI.3.1.2 Conocimiento de los beneficios del tratamiento colaborativo de los pacientes con SM y EP

VI.3.1.2.1 Conocimiento sobre el tratamiento del SM

Un buen grupo de odontólogos mencionó a la dieta como parte primordial del tratamiento de un paciente con SM, asimismo, un pequeño grupo expresó que parte del tratamiento eran medicamentos para controlar la glucosa, el colesterol y los triglicéridos. Solo un pequeño grupo de odontólogos se acercó a mencionar el tratamiento correcto para el SM, en este caso habían tenido experiencia previa de haber padecido con la condición. Un pequeño grupo mencionó que desconocían cuál era el tratamiento del SM

“uno es que hay que adoptar una dieta adecuada ¿no?, que viene a ser pues disminuir al máximo la ingesta de grasas, la ingesta de carbohidratos y azúcares y preferir por carnes sin grasa, verduras, frutas ¿no?, sí. A parte de eso hay el tratamiento médico, que es, que hay ciertas medicinas que no recuerdo su nombre que se puede dar, claro eso ya lo hace el médico ¿no?” (Entrevista odontólogo 3)

“El tratamiento mayormente debería ser interdisciplinario ¿no? interdisciplinario entre las diferentes especialidades que lo van a manejar a este paciente ¿no? por ejemplo si tiene obesidad tendrán que decirle pues baja de peso de pues, si quieres curarte controlar tu diabetes ¿no?, contrólate tu glucosa, ¿para qué?, para que también este no tengas pues

posteriormente alteraciones en algún órgano ¿no?” (Médico endocrinólogo 9)

“es más nos anexaron ahí, los alimentos que debíamos consumir y que nos iban a ayudar a bajar el colesterol y los triglicéridos y no alterarse la glucosa, ¿qué más?, bueno eso es en cuanto a nutrición, y el ejercicio pues ¿no?, los ejercicios... también entraba a tallar un psicólogo porque muchas veces también todas estas cosas este, son generadas por problemas de ansiedad” (Entrevista odontólogo 5)

“¿Tratamiento del síndrome metabólico? ya eso si no me compete a mí porque eso le compete al área endocrinológica, ya no es una cuestión del odontólogo (risas), el odontólogo maneja los síntomas hace la referencia y de acuerdo a eso a lo que nos compete a nosotros en la cavidad bucal hacemos el tratamiento no?” (Entrevista odontólogo 7)

Según la IDF el tratamiento del SM debe iniciar por un cambio en el estilo de vida, que incluye restricción de la ingesta calórica, aumento de la actividad física y cambios en la composición dietética. (32) Si la intervención primaria no es suficiente, se debe recurrir a tratamiento farmacológico atacando cada uno de los componentes del SM.

De este modo, lo dicho por los odontólogos refleja solo un conocimiento parcial del tratamiento del SM, por lo que se necesita capacitarlos más, con el objetivo de que puedan reforzar en su consulta las recomendaciones de los ME, enfatizando en reducir la exposición a factores de riesgo comunes con las enfermedades orales. (104)

VI.3.1.2.2. Conocimiento sobre los beneficios del tratamiento colaborativo de los pacientes con SM y EP

Un buen grupo de odontólogos estaba de acuerdo en que el TP podría tener efectos positivos en los pacientes con SM; sin embargo, un pequeño grupo manifestó que necesitaría revisar que dice la literatura.

“De que mientras su glucosa este elevada él va a tener problemas de la cavidad oral, pues va a tener problemas de abscesos, de movilidad dentaria, a la larga ¿no? si no se hace un tratamiento ¿no? odontológico a la par que hace el tratamiento endocrinológico” (Entrevista odontólogo 9)

“Una glucosa inestable, o una glucosa alta va a conducir a problemas periodontales, de soporte del tejido dental,

entonces si un paciente diabético no se controla, o no hace, no consulta con el médico, no hace lo que el médico le dice va a tener problemas” (Entrevista odontólogo 5)

“el tratamiento periodontal lógicamente claro, yo creo que sí, yo creo que sí, pero el problema es que, como este es un efecto focalizado que claro tiene repercusión a nivel sistémico, mientras no tratemos el problema primario que es el síndrome metabólico, el aspecto metabólico, la patología metabólica no vamos a lograr mucho tampoco ¿no?” (Entrevista odontólogo 7)

“Tal vez disminuyan un poquito los triglicéridos, eso habría que ver pues tendría yo que ver la literatura porque yo realmente no lo conozco” (Entrevista odontólogo 3)

Pese a que los odontólogos manifestaron que el TP del paciente con SM podría tener un beneficio para ellos, la explicación del beneficio no profundizó en qué aspectos específicos de la enfermedad sistémica se vería una mejora, limitándose solo a mencionar que habría un beneficio. Al respecto, ensayos clínicos previamente mencionados han reportado que el TP puede regular marcadores comúnmente alterados en pacientes con SM, como niveles de leucocitos, interleuquina-6, proteína C reactiva, presión arterial,

triglicéridos y colesterol HDL. (15, 16, 18) En ese sentido, pese a que los odontólogos parecen tener conocimiento de la existencia de un beneficio del TP en el paciente con SM, lo cuál puede derivar en una actitud positiva para adoptar esta práctica, es necesario afianzar aun más los conocimientos respecto al tema, de modo que este grupo de profesionales pueda sentir la seguridad de conversar sobre este enfoque de tratamiento con sus pacientes y tener una comunicación más fluida con los médicos tratantes.

VI.3.1.3. Opiniones mutuas sobre el manejo con SM y EP

VI.3.1.3.1. Opiniones sobre el manejo médico endocrinológico de pacientes con SM

La mayoría de los odontólogos opinó que los ME no les prestan interés a las manifestaciones periodontales del SM; asimismo, la mayoría manifestó que el porcentaje de referencia al odontólogo de estos pacientes por parte de los ME es muy bajo, y que incluso las veces que lo hacen es porque el paciente manifiesta preocupación por su estado de salud oral. Un pequeño grupo de odontólogos manifestó que el médico no solo debería referir a los pacientes con SM al odontólogo; sino que también, les deberían brindar recomendaciones de salud bucal.

“sería bueno que ellos recomienden ¿no? No solamente deriven, sino recomienden algunos cuidados o recomienden

la visita al odontólogo para ver estos problemas que tuvieran inferencias en su propio tratamiento de ellos ¿no?”
(Entrevista odontólogo 1)

“Más por referencia del paciente cuando ya tiene los problemas, ya manifiesta clínica ¿no? llámese dolor o sangrado o movilidad o lo que tenga, o en líneas generales le ha salido algo en la boca y ya te vas al odontólogo”
(Entrevista odontólogo 8)

“Ah, me supongo que el paciente se habrá quejado que este tiene la boca seca o que tiene heridas en la boca ¿no?, eh, que se le están moviendo los dientes, entonces solo así yo, o que tiene sangrado en la boca ¿no?, algún signo ha debido tener de que lo ha motivado pues ¿no? a hacer la interconsulta, sino no lo hace.” (Entrevista odontólogo 2)

“Generalmente el paciente es el que le dice ¿no?, no doctor tengo este problema que puedo hacer y él les hace la interconsulta a nosotros para poder nosotros este detectar la razón o porque, cuando la razón está en el problema del síndrome metabólico” (Entrevista odontólogo 5)

“Claro, el rol que deberían cumplir es trabajar en

coordinación con nosotros, con todos ¿no?, porque un paciente que viene por síndrome metabólico, no solamente es un paciente endocrinológico, es un paciente también este de medicina, es un paciente también de este, de este, del reumatólogo, es un paciente del odontólogo, es un paciente de donde más, tal vez del neurólogo inclusive ¿no?”
(Entrevista odontólogo 3)

Los hallazgos de nuestro estudio son similares a los de Lewis-Zúñiga, (87) que reporta que los odontólogos piensan que los ME si refieren a los pacientes a la consulta dental, pero que no brindan recomendaciones de salud oral a sus pacientes. En relación a ello, el estudio de Yuen et al. (99) menciona que los principales factores para que un médico no brinde recomendaciones de salud oral a sus pacientes, son el tiempo y el desconocimiento. En ese sentido, es necesario brindar el espacio apropiado dentro de la consulta al profesional médico para brindar información de salud oral, así como capacitarlo para poder desempeñar esta función eficazmente.

VI.3.1.3.2. Opiniones de la inclusión del abordaje odontológico como parte de la consulta médica del paciente con SM

La mayoría de los odontólogos expresó que el tratamiento odontológico es fundamental en el tratamiento de los pacientes con

SM, asimismo, un buen grupo mencionó que las visitas al odontólogo de estos pacientes deben ser continuas y periódicas.

“todo paciente con síndrome metabólico necesariamente tendría que hacer una interconsulta o derivado al consultorio odontológico para la evaluación pertinente por la especialidad.” (Entrevista odontólogo 1)

“Bueno, ah, ni bien detectan al paciente que tiene síndrome este metabólico, derivarlo a un odontólogo y el odontólogo ya pues es el que se encarga de instruirle en todo lo que es prevención de la salud oral y si ya si ve que la enfermedad está muy avanzada pues ya derivarlo al especialista” (Entrevista odontólogo 6)

“Claro, el rol que deberían cumplir es trabajar en coordinación con nosotros, con todos ¿no?, porque un paciente que viene por síndrome metabólico, no solamente es un paciente endocrinológico, es un paciente también este de medicina, es un paciente también de este, de este, del reumatólogo, es un paciente del odontólogo, es un paciente de donde más, tal vez del neurólogo inclusive ¿no?” (Entrevista odontólogo 3)

“Bueno, eh los cuidados que se deben dar es que el paciente

con este tipo de, de, de síndromes metabólicos, es que debe tener un control cada seis meses por lo menos de su cavidad bucal” (Entrevista odontólogo 2)

“Disminuir el estrés, dieta, ejercicios y, y la higiene bucal, y, derivarlo al dentista obviamente, pedirle su control odontológico cada tres, cuatro meses, para que también de esa manera pueda, este ver esta situación.” (Entrevista odontólogo 5)

Lewis-Zúñiga, (87) reportó que los odontólogos entrevistados en su estudio cualitativo piensan que el TP y las visitas periódicas al odontólogo son fundamentales en el tratamiento del paciente con DM, siendo sus resultados consistentes con los nuestros. Además, los profesionales de salud entrevistados en el estudio de Bissett et al., (83) coincidieron en enfatizar la importancia de los beneficios de la reducción de la inflamación oral luego del TP en los pacientes con DM.

VI.3.1.3.3. Opiniones de la relación actual entre ME y odontólogos

La mayoría de los profesionales odontólogos manifestó que hay una falta de relación de trabajo estrecha con los ME. Por el contrario, un

pequeño grupo reportó que sí existía una relación de trabajo estrecha con los ME en relación al cuidado de los pacientes con SM.

“Mmm, definitivamente va a ser, si saben ellos hay un divorcio con el odontólogo ¿no?, pero si no saben es porque nunca se han empapado no saben que existe esa relación entre la enfermedad periodontal ¿no?, pero definitivamente es un divorcio ahí, no hay ni uno ah, endocrinólogos estamos hablando ah.” (Entrevista odontólogo 9)

“no sé si será celo profesional o desconocimiento o apatía no lo sé, pero a nivel de consulta privada si tú en algún momento derrepente hablas con tus colegas, tú te vas a dar cuenta de cuantos endocrinólogos, que acá no hay mucho en Chimbote, pero cuántos endocrinólogos hacen derivaciones a consultorios odontológicos para evaluación y tratamiento especializado” (Entrevista odontólogo 1)

“Derrepente la falta de relación profesional ¿no?, no hay una relación armónica ideal interdisciplinariamente” (Entrevista odontólogo 7)

“para lo que me estas preguntando del síndrome metabólico no hay ningún inconveniente ¿no? siempre, siempre interactuamos, con cardiología, con endocrino, inclusive he mandado pacientes para que los evalúen y los vean ¿no?, si, o sea si, si hay, si, y como ya ese mecanismo ya lo conocen ya se van empapando del tema y ya saben ¿no?, entonces ya el paciente a veces viene y dice el doctor me ha dicho que tengo que pasar por dental, mi problema me ha dicho esto y tiene que ponerme esto, entonces ya sabe más o menos.”

(Entrevista odontólogo 8)

En el estudio de Bissett, los odontólogos manifestaron estar conscientes de la separación entre la profesión médica y odontológica, y percibieron la negatividad de los médicos al creerse profesionales en un rango superior. (83) Respecto a ello, es posible que los médicos puedan sentir amenazada esta posición de liderazgo históricamente configurada, por parte de las demás profesiones de salud, y prefieren mantener una figura independiente en el sistema de salud, sin permitir la participación de otros profesionales en la atención de sus pacientes.

Consistentemente con lo anterior, Lewis-Zúñiga, (87) reportó que no había una buena relación entre los ME y los odontólogos y que se requería de una unificación y mayor colaboración entre estas profesiones para beneficio del paciente. Asimismo, Al-Khabbaz, manifestó una brecha entre los ME y odontólogos participantes de

su estudio. (105) El problema de la separación entre las profesiones médica y odontológica desfavorece la atención integral de los pacientes con SM y otras condiciones médicas sistémicas, y debe ser debidamente abordado desde diversos frentes, partiendo desde la formación en las aulas universitarias, hasta el cambio de políticas dentro de los sistemas de salud que favorezcan la instauración del tratamiento colaborativo médico-odontológico del paciente con SM u otras condiciones sistémicas.

VI.3.1.4. Percepción en cuanto a dudas, interrogantes o comportamientos de los pacientes con SM frente a su salud oral

VI.3.1.4.1. Percepción sobre la reacción del paciente frente a repercusiones en la cavidad oral del SM

La mayoría de los odontólogos manifestó percibir falta de preocupación de parte de los pacientes con SM frente a su salud oral. Además, un buen grupo manifestó que los pacientes se muestran preocupados realmente cuando empiezan a aparecer signos y síntomas de la EP, es decir, no están conscientes del aspecto preventivo.

“Pero consciente, consciente del síndrome metabólico, que el paciente diga voy a ver al odontólogo porque necesito ver al odontólogo no hay, no hay educación al respecto ¿no? Salvo que tenga un paciente que tenga siempre esa tendencia

a controlarse a verse sus dientes” (Entrevista odontólogo 1)

“Muchos pacientes más le preocupa su síndrome metabólico, porque mientras el paciente no tenga dolor en la boca, no va a preocuparse tanto por sus problemas de la cavidad oral, eh sangrado si es más profuso le va a preocupar y este y la movilidad dental le va a preocupar, pero más otra cosa, mientras esos temas no se presenten, el paciente ni siquiera se va a enterar de que tiene un problema en la cavidad oral” (Entrevista odontólogo 3)

“Lo que pasa es que los pacientes no son muy conscientes de eso, generalmente es el profesional el que se da cuenta y toma cartas en el asunto.” (Entrevista odontólogo 7)

“Bueno psicológicamente afectado no, y si ya tiene, osea lo que pasa es que si ya tiene este si ya le casusa molestias el problema que tienen en la boca, entonces obviamente va a estar psicológicamente afectado ¿no?, osea preocupado por su condición que pueda tener, el diente se le afloja no o por la misma sequedad que pueda presentar derrepente también que pueda tener el problema ¿no? entonces ya a veces sienten incomodidad y preocupación” (Entrevista odontólogo 8)

Nuestros resultados son similares a los del estudio de Eldarrat, (92) quien reporta un pobre interés de parte de los pacientes con DM por su salud oral. Además, de que no había una buena actitud de parte de los mismos en cuanto a mantener una buena salud oral. Por otro lado, el estudio de Lewis-Zúñiga, (87) reporta que los odontólogos perciben que sus pacientes vienen con la cara hinchada, abscesos y dolor, pero ese no es su motivo principal de consulta.

Estos resultados resaltan la necesidad de capacitar a los ME y odontólogos acerca de la relación en estudio, con la finalidad de poder realizar la transferencia de dichos conocimientos hacia los pacientes, y estos últimos tomen una mejor actitud con respecto al cuidado de su salud oral.

VI.3.1.4.2. Percepción de la salud oral de los pacientes con SM

La mayoría de odontólogos manifestó que los pacientes con SM en su mayoría presentan abscesos, movilidad dentaria múltiple, placa bacteriana, sangrado, entre otros signos de inflamación.

“El paciente puede estar con sus dientes, con su sangrado puede estar con sus abscesos puede estar con sus dientes con movilidad” (Entrevista odontólogo 9)

“había una alteración ¿no? sobre todo a nivel periodontal, sangrado, tumefacciones, cambio de coloración, eritema, o sea una serie de síntomas de signos ¿no? que aparentemente podrían tener relación también con el aspecto sistémico” (Entrevista odontólogo 7)

“algunas muelitas tienen movilidad ya tres, cuatro, pero como no les molesta, ya están que soportan y dicen no, no me saque todavía, porque todavía con esa muela estoy que mastico” (Entrevista odontólogo 4)

“La enfermedad periodontal, es el factor que le he visto pues más común en todos.” (Entrevista odontólogo 6)

Lo mencionado por los odontólogos concuerda con lo reportado en la literatura. Así, el estudio de D’Aiuto et al., (106) reportó una asociación entre el SM y el sangrado gingival y bolsas periodontales. De igual manera, el estudio de Khader et al., (94) reporta que en aquellos pacientes con SM los signos y síntomas mencionados por los odontólogos de nuestro estudio son mucho más severos que en aquellos que no padecen la condición.

VI.3.1.5. Percepción de barreras y/o impedimentos para el tratamiento colaborativo médico odontológico del paciente con SM

VI.3.1.5.1. Percepciones de barreras y/o impedimentos para el tratamiento colaborativo del paciente con SM

Un buen grupo de odontólogos manifestó que una de las principales barreras es la falta de interés del ME para referir a sus pacientes con SM al odontólogo. Además, un buen grupo manifestó que muy pocos ME realizan el tratamiento colaborativo, lo que se manifiesta en muy bajos porcentajes de referencia de estos pacientes a sus consultorios. Otro buen grupo manifestó que, es el paciente el que tiene que manifestar alguna molestia en su cavidad oral para que el ME considere la interconsulta odontológica. Asimismo, un pequeño grupo mencionó a la falta de tiempo en la consulta médica como barrera para una colaboración efectiva con los odontólogos, además, se mencionó a la soberbia y falta de comunicación de parte de los ME como algunas de las barreras para el tratamiento colaborativo del paciente con SM.

“A me supongo que el paciente se habrá quejado que este tiene la boca seca o que tiene heridas en la boca ¿no?, eh, que se le están moviendo los dientes, entonces solo así yo, o que tiene sangrado en la boca ¿no?, algún signo ha debido tener de que lo ha motivado pues ¿no? a hacer la interconsulta, sino no lo hace.” (Entrevista odontólogo 2)

“Algunos, si algunos porque algunos tratan de darle una atención integral a sus pacientes ¿no? derivándolo a las distintas áreas, nutrición, odontología, pero hay otros que, que no, son muy poquitos.” (Entrevista odontólogo 6)

“Em, de acuerdo a lo que, si nos referimos a los médicos endocrinólogos que conozco acá en el hospital (risas), diría que le denotaría indiferencia, y por último en una forma le recomendará pues ¿no? saque su cita con el odontólogo” (Entrevista odontólogo 3)

“pues supongo que un poco débil en esos conocimientos porque como no es, no es este su especialidad de ellos, lo escuchará ya si es mucho su molestia, recién le dirá este te voy a dar una interconsulta para que pases al consultorio de odontología.” (Entrevista odontólogo 4)

“generalmente el paciente es el que le dice ¿no?, no doctor tengo este problema que puedo hacer y él les hace la interconsulta a nosotros para poder nosotros este detectar la razón o porque, cuando la razón está en el problema del síndrome metabólico” (Entrevista odontólogo 5)

El estudio de Bisset et al. (83) reportó resultados similares al nuestro al mencionar que los odontólogos de su estudio creían que la principal barrera es la falta de tiempo para la consulta de los ME, asimismo también manifestaron que la falta de interés y desconocimiento juegan un rol muy importante en el tratamiento colaborativo. Lindenmeyer et al. (107) confirman lo anterior reportando que las principales barreras de los médicos y odontólogos al momento de atender al paciente son el tiempo y la falta de interés. Situación similar ocurrió en el estudio de Lewis-Zúñiga, (87) donde los odontólogos argumentaron la falta de tiempo e interés de parte de los ME para la atención colaborativa de sus pacientes con DM.

VI.3.1.5.2. Percepción de barreras y/o impedimentos para brindar información oportuna al paciente con SM

La mayoría de los odontólogos percibieron como principal barrera el desconocimiento acerca de la EP y su relación con el SM; además, un buen grupo manifestó que no debería haber impedimento para que los médicos brinden información oportuna de salud oral a sus pacientes con SM, más aún cuando los médicos poseen una formación bastante amplia en salud. Asimismo, un pequeño grupo mencionó que los ME solo se centran en las manifestaciones o síntomas del SM que son referidos por el paciente, y descuidan otros aspectos como la salud oral. Por último, un pequeño grupo manifestó percibir indiferencia de parte de los ME, como una de las barreras para brindar información de salud oral a sus pacientes con SM.

“yo no creo que habría impedimento, más bien sería, sería, ya claro no la profundidad de la especialidad que tenemos nosotros los odontólogos, pero sí, sería bueno que ellos recomienden ¿no? No solamente deriven, sino recomienden algunos cuidados o recomienden la visita al odontólogo para ver estos problemas que tuvieran inferencias en su propio tratamiento de ellos ¿no?” (Entrevista odontólogo 1)

“yo pensaría que una de las barreras que hay en los médicos para que deriven a sus pacientes, es el desconocimiento, tal vez se preocupará el médico en mandar al paciente al odontólogo cuando él tenga un problema de enfermedad periodontal y se dé cuenta de que tiene la enfermedad periodontal, entonces tal vez piense que los demás también van a tener esa enfermedad, porque realmente pues no lo conocen pues ¿no?” (Entrevista odontólogo 3)

“Porque simplemente dejadez, no lo toman con, derrepente no lo consideran hasta cierto punto relevante ¿no? porque, o por falta de conocimiento también, pero yo creo que es más que todo porque más se centran en lo que ellos creen que es importante ¿no?, creen, osea es un tema subjetivo ¿no?” (Entrevista odontólogo 8)

“porque en las charlas que yo he recibido, o derrepente yo

no estoy muy informada también, no he recibido esa información de parte de ellos, osea no, nunca he escuchado esa sensibilización de parte de los médicos ¿no? de decir que hay una asociación entre el síndrome metabólico y la enfermedad periodontal” (Entrevista odontólogo 5)

En el estudio de Lewis-Zúñiga, (87) los odontólogos percibieron que, los médicos disponían de muy poca información relacionada a los problemas dentales y sistémicos. Asimismo, manifestaron que, la principal barrera por lo que ellos no brindaban información de salud oral a sus pacientes era el desconocimiento respecto al tema. Por otro lado, el estudio de Lindenmeyer, (107) reportó que los pacientes con DM tipo 2 de su estudio creían que los médicos y enfermeras deberían brindar información de salud oral a sus pacientes. En ese sentido, se debe capacitar a los ME para que puedan brindar información de salud oral a sus pacientes con SM para apoyar al odontólogo en esa tarea, más aún, conociendo que el paciente con SM está dispuesto y espera recibir información de salud oral de este grupo de profesionales.

VI.3.1.5.3. Percepción de posibles soluciones para el tratamiento colaborativo del paciente con SM (Código emergente)

Un pequeño grupo de odontólogos manifestó que para mejorar el tratamiento colaborativo de los pacientes con SM había que

establecer un mejor vínculo con los ME a partir de buscar espacios para poder reunirse e intercambiar ideas. Asimismo, otro pequeño grupo expresó que se debe concientizar a los médicos desde su formación profesional. Un pequeño grupo manifestó que el empoderamiento de los odontólogos para asumir su rol dentro de la profesión es un aspecto importante para mejorar el tratamiento colaborativo; asimismo, los internos de odontología fueron identificados como un grupo dentro del sistema de salud que puede ayudar en el proceso de transferencias odontológicas de los pacientes con SM. De igual manera, un pequeño grupo manifestó que se debería instaurar protocolos internos de trabajo que permitan el manejo odontológico obligatorio en pacientes con SM.

“sentarnos en una mesa y conversar acerca de lo, del factor condicionante a desmejorar más la salud, llegar tal vez por ahí, ¿no? decir tal vez qué importancia tiene el tratamiento dentario para mejorar la salud del paciente” (Entrevista odontólogo 2)

“Haciendo charlas, discutiendo, haciendo estas mesas clínicas, compartiendo con ellos experiencias ¿no?” (Entrevista odontólogo 6)

“Los internos de odontología ¿no?, que rotan servicios que están allí, entonces ese es un buen este, un buen sistema para

poder tener los médicos cirujanos del futuro, prácticamente un poquito más en relación con, ¿no? con nosotros.”
(Entrevista odontólogo 3)

“Un poco complicado ah, pero yo creo que en un momento sí, si el odontólogo comienza a asumir su rol dentro de su profesión, yo creo en un momento por la tendencia misma se puede llegar a, derrepente a nivel académico a nivel profesional se pueda llegar a empoderarse más con la parte de los médicos.” (Entrevista odontólogo 1)

“eso es tema más que todo de gestión, la instalación de un protocolo, hay que aprobarlo, hay que pasarlo ah, me parece a capacitación, hay una secuencia, que tú protocolizas, lo conversas acá en el área del servicio y dices bueno vamos a protocolizar, ha llegado un documento diciendo que los pacientes están presentando múltiples patologías que se están acá presentando y vamos a hacer un protocolo que todo paciente que venga con tal patología pase al área, entonces lo consideras ahí ¿no?” (Entrevista odontólogo 8)

Limitaciones y fortalezas del estudio:

Una de las principales limitaciones de nuestro estudio es el escaso tamaño de población de los ME de los hospitales incluidos en el estudio, que no

permitió lograr la saturación en el análisis en las categorías: “Conocimiento de los beneficios del tratamiento colaborativo de los pacientes con SM y EP” y “Percepción en cuanto a dudas, interrogantes o comportamientos de los pacientes con SM frente a su salud oral”. Sin embargo, se logró entrevistar a la mayoría de ME de los hospitales objetivo, además, esta limitación representa una oportunidad para profundizar en el estudio de los temas en estas categorías de estudio en otros contextos geográficos nacionales o internacionales con la finalidad de obtener un conocimiento más profundo de los mismos. Otra limitante en los estudios cualitativos es la posible introducción de subjetividad en los procesos de entrevista, análisis y reporte de resultados. No obstante, el investigador principal recibió la capacitación adecuada por expertos en metodología cualitativa para poder reducir esta limitante; además, en las diferentes etapas del análisis y la redacción de resultados se contó con la revisión de dos odontólogos y una antropóloga con experiencia en metodología cualitativa.

A pesar de las limitaciones, el presente estudio logró entrevistar a la mayoría de los ME (3 de 4) y odontólogos (9 de 11) que trabajan en los hospitales de las ciudades de Chimbote y Nuevo Chimbote, pudiendo explorar en profundidad y dando a conocer la problemática en estudio que se vive en estas ciudades, la cual puede ser empleada como insumo para la formulación y generación de políticas dentro de los sistemas hospitalarios de los centros incluidos en el estudio. Finalmente, este es uno de los primeros estudios que intenta conocer las dimensiones evaluadas en cuanto a la relación entre la EP y el SM en la población objetivo evaluada.

VII. CONCLUSIONES

1. Todos los ME y odontólogos participantes tuvieron conocimiento de la relación entre la EP y el SM. Sin embargo, los mecanismos de esta relación fueron mejor explicados por los ME en comparación con los odontólogos. Esto refleja la necesidad de fortalecer el conocimiento de la relación entre la EP y el SM sobre todo en los odontólogos.
2. Los ME no tenían conocimiento de los beneficios del TP en el paciente con SM, mientras que la mayoría de los odontólogos si lo tuvieron, aunque estos últimos no conocen específicamente qué aspectos del SM se podrían mejorar luego del TP. Debido a ello, ambos grupos de profesionales deben ser capacitados en cuanto a la evidencia correspondiente a las mejoras en parámetros alterados del SM como consecuencia del TP.
3. Tanto ME como odontólogos manifestaron que sus contrapartes no prestaban atención a la salud periodontal de sus pacientes con SM. Asimismo, los odontólogos manifestaron que los médicos solo refieren al odontólogo a sus pacientes cuando estos últimos lo solicitan. Todos los profesionales estuvieron de acuerdo en la inclusión del abordaje odontológico como parte de la consulta médica del paciente con SM. Además, ambos grupos de profesionales manifestaron una brecha de colaboración entre la profesión médica y la odontológica. En ese sentido, se debe buscar el fortalecimiento de la integración entre ambos grupos de profesionales a diferentes niveles como la educación universitaria y el sistema de salud.

4. La mayoría de los ME y odontólogos manifestaron falta de preocupación de los pacientes con SM respecto a su salud periodontal. Ambos grupos de profesionales reportaron que los pacientes empiezan a preocuparse cuando comienzan a aparecer signos y síntomas avanzados de la EP. Lo anterior sugiere que los pacientes con SM deben ser informados acerca de las posibles manifestaciones orales del SM y sobre la necesidad de acudir regularmente al odontólogo de forma preventiva debido al riesgo incrementado que tienen de padecer EP.
5. Los profesionales entrevistados coincidieron en que las principales barreras para el tratamiento colaborativo médico odontológico del paciente con SM eran la falta de personal, el tiempo y la falta de conocimiento. Estos aspectos deben ser tomados en cuenta para el diseño e implementación de políticas que favorezcan el tratamiento colaborativo de estos pacientes para su beneficio.
6. Los ME y odontólogos manifestaron posibles soluciones para lograr implementar eficazmente el manejo colaborativo del paciente con SM, algunas de estas fueron: practicar la autocapacitación, la instauración de programas de transferencias odontológicas y protocolos de atención a nivel institucional, generar espacios para intercambio de ideas entre ambas profesiones, concientización desde la formación profesional, y buscar mecanismos de apoyo en los internos de odontología y enfermeras para realizar las transferencias de los pacientes con SM a la consulta odontológica. Debido a que, estas potenciales soluciones parten como ideas de los directamente involucrados deben ser insumos clave en la formulación

de mecanismos que permitan la práctica colaborativa en pacientes con SM y otras enfermedades y condiciones sistémicas.

VIII. RECOMENDACIONES

- Se sugiere implementar una política a nivel de sistema de salud que favorezca y haga efectiva la colaboración entre ME y odontólogos en el manejo del paciente con SM. Esta política debe estar acompañada de una estrategia de sensibilización y capacitación a nivel de profesionales de salud y pacientes, así como, de la implementación de guías de práctica clínica para la atención de pacientes sistémicos que incluyan el abordaje odontológico obligatorio.
- La jefatura de los servicios de medicina y odontología debe gestionar a través de la dirección del hospital la generación de espacios de discusión e intercambio de conocimientos en cuanto a la relación entre la EP y el SM, así como otras enfermedades y condiciones sistémicas, fomentando el trabajo en equipo de los profesionales ME, médicos de otras especialidades y odontólogos.
- Es indispensable que las universidades fortalezcan el enfoque del tratamiento colaborativo médico odontológico desde el pregrado tanto en la profesión odontológica como médica, en el caso de estos últimos, el estándar mínimo debería ser el conocer las manifestaciones y complicaciones orales de las diferentes enfermedades y condiciones sistémicas.
- El odontólogo que labora a nivel hospitalario debe asumir un rol más activo en el manejo multidisciplinario del paciente sistémico, tal como se establece en las guías de práctica clínica en países desarrollados.

- Se sugiere que los futuros estudios que sigan esta línea de investigación, exploren la problemática en otros profesionales de la salud, en estudiantes de ciencias de la salud, y pacientes con enfermedades y condiciones sistémicas. Además, se recomienda realizar otras investigaciones para identificar cuáles pueden ser las principales vías de colaboración médico odontológica, que permitan superar los impedimentos o barreras identificados en el presente estudio, con la finalidad de diseñar y optimizar políticas y guías que se ajusten a nuestro sistema de salud.

IX. REFERENCIAS

1. Buset SL, Walter C, Friedmann A, Weiger R, Borgnakke WS, Zitzmann NU. Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. *J Clin Periodontol.* 2016;43(4):333-44.
2. Igari K, Kudo T, Toyofuku T, Inoue Y, Iwai T. Association between periodontitis and the development of systemic diseases. *Oral Biology and Dentistry.* 2014;2(1).
3. Nagpal R, Yamashiro Y, Izumi Y. The Two-Way Association of Periodontal Infection with Systemic Disorders: An Overview. *Mediators Inflamm.* 2015;2015:793898.
4. Winning L, Linden GJ. Periodontitis and systemic disease. *Bdj Team.* 2015;2:15163.
5. Linden GJ, Lyons A, Scannapieco FA. Periodontal systemic associations: review of the evidence. *J Clin Periodontol.* 2013;40 Suppl 14:S8-19.
6. Daudt LD, Musskopf ML, Mendez M, Remonti LLR, Leitao CB, Gross JL, et al. Association between metabolic syndrome and periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Braz Oral Res.* 2018;32:e35.
7. Lamster IB, Pagan M. Periodontal disease and the metabolic syndrome. *Int Dent J.* 2017;67(2):67-77.
8. Morita T, Yamazaki Y, Mita A, Takada K, Seto M, Nishinoue N, et al. A cohort study on the association between periodontal disease and the development of metabolic syndrome. *J Periodontol.* 2010;81(4):512-9.

9. Patel SP, Kalra N, Pradeep AR, Martande SS, Naik SB, Raju AP, et al. Association of metabolic syndrome and periodontal disease in an Indian population. *J Int Acad Periodontol.* 2014;16(4):98-102.
10. Sakurai SI, Yamada SI, Karasawa I, Sakurai A, Kurita H. A longitudinal study on the relationship between dental health and metabolic syndrome in Japan. *J Periodontol.* 2019;90(7):728-46.
11. Alhabashneh R, Khader Y, Herra Z, Asa'ad F, Assad F. The association between periodontal disease and metabolic syndrome among outpatients with diabetes in Jordan. *J Diabetes Metab Disord.* 2015;14:67.
12. Gurav AN. The association of periodontitis and metabolic syndrome. *Dent Res J (Isfahan).* 2014;11(1):1-10.
13. Nibali L, Tatarakis N, Needleman I, Tu YK, D'Aiuto F, Rizzo M, et al. Clinical review: Association between metabolic syndrome and periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013;98(3):913-20.
14. Thanakun S, Watanabe H, Thaweboon S, Izumi Y. Association of untreated metabolic syndrome with moderate to severe periodontitis in Thai population. *J Periodontol.* 2014;85(11):1502-14.
15. Shimada Y, Komatsu Y, Ikezawa-Suzuki I, Tai H, Sugita N, Yoshie H. The effect of periodontal treatment on serum leptin, interleukin-6, and C-reactive protein. *J Periodontol.* 2010;81(8):1118-23.

16. Lopez NJ, Quintero A, Casanova PA, Ibieta CI, Baelum V, Lopez R. Effects of periodontal therapy on systemic markers of inflammation in patients with metabolic syndrome: a controlled clinical trial. *J Periodontol.* 2012;83(3):267-78.
17. Bizzarro S, van der Velden U, Teeuw WJ, Gerdes VEA, Loos BG. Effect of periodontal therapy with systemic antimicrobials on parameters of metabolic syndrome: A randomized clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2017;44(8):833-41.
18. Acharya A, Bhavsar N, Jadav B, Parikh H. Cardioprotective effect of periodontal therapy in metabolic syndrome: a pilot study in Indian subjects. *Metab Syndr Relat Disord.* 2010;8(4):335-41.
19. Nagarakanti S, Epari V, Athuluru D. Knowledge, attitude, and practice of medical doctors towards periodontal disease. *J Indian Soc Periodontol.* 2013;17(1):137-9.
20. Paquette DW, Bell KP, Phillips C, Offenbacher S, Wilder RS. Dentists' knowledge and opinions of oral-systemic disease relationships: relevance to patient care and education. *J Dent Educ.* 2015;79(6):626-35.
21. Ta Demir Z, Alkan BA. Knowledge of medical doctors in Turkey about the relationship between periodontal disease and systemic health. *Brazilian Oral Research.* 2015;29:1-8.
22. Hisham R, Ng CJ, Liew SM, Hamzah N, Ho GJ. Why is there variation in the practice of evidence-based medicine in primary care? A qualitative study. *BMJ Open.* 2016;6(3):e010565.

23. Lehane E, Leahy-Warren P, O’Riordan C, Savage E, Drennan J, O’Tuathaigh C, et al. Evidence-based practice education for healthcare professions: an expert view. *BMJ Evidence-Based Medicine*. 2019;24(3):103.
24. Mosley M, Offenbacher S, Phillips C, Granger C, Wilder RS. North Carolina cardiologists' knowledge, opinions and practice behaviors regarding the relationship between periodontal disease and cardiovascular disease. *J Dent Hyg*. 2014;88(5):275-84.
25. Reschovsky JD, Rich EC, Lake TK. Factors Contributing to Variations in Physicians’ Use of Evidence at The Point of Care: A Conceptual Model. *Journal of General Internal Medicine*. 2015;30(3):555-61.
26. Roa Cuesta YP, Plata González JC, Correa Muñoz IC, Araque Sánchez ML, Córdoba Hurtado OP, Martín Ardila C. Nivel de información de los médicos acerca de la asociación entre periodontitis y algunas enfermedades sistémicas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2012;16:1693-703.
27. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust*. 2004;180(6 Suppl):S57-60.
28. Suri V, Rao NC, Aggarwal N. A study of obstetricians' knowledge, attitudes and practices in oral health and pregnancy. *Educ Health (Abingdon)*. 2014;27(1):51-4.
29. Understanding qualitative research in health care. *Drug Ther Bull*. 2017;55(2):21-4.

30. Schneider NC, Coates WC, Yarris LM. Taking Your Qualitative Research to the Next Level: A Guide for the Medical Educator. *AEM Educ Train.* 2017;1(4):368-78.
31. Stewart K, Gill P, Chadwick B, Treasure E. Qualitative research in dentistry. *Bdj.* 2008;204:235.
32. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome--a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabet Med.* 2006;23(5):469-80.
33. Pajuelo J, Sánchez J. El síndrome metabólico en adultos, en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina.* 2007;68:38-46.
34. Saklayen MG. The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome. *Curr Hypertens Rep.* 2018;20(2):12.
35. Ninatanta-Ortiz JA, Núñez-Zambrano LA, García-Flores SA, Romaní Romaní F. Frecuencia de síndrome metabólico en residentes de una región andina del Perú. 2016. 2016:11.
36. Adams KJ, Chirinos JL. Prevalencia de factores de riesgo para síndrome metabólico y sus componentes en usuarios de comedores populares en un distrito de Lima, Perú. 2018. 2018:7.
37. Cristancho SM, Goldszmidt M, Lingard L, Watling C. Qualitative research essentials for medical education. *Singapore Med J.* 2018;59(12).
38. Austin Z, Sutton J. Qualitative Research: Getting Started. *Can J Hosp Pharm.* 2014;67(6):436-40.

39. Fathi-Najafi T, Latifnejad-Roudsari R, Ebrahimipour H, Bahri N. Observation in Grounded Theory and Ethnography: What are the Differences? *Iran Red Crescent Med J.* 2016;18(11).
40. van Dooremalen T. The pros and cons of researching events ethnographically. *Ethnography.* 2017;18(3):415-24.
41. Al-Busaidi ZQ. Qualitative research and its uses in health care. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2008;8(1):11-9.
42. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid, España: Real Academia Española; 2016 [Available from: <http://dle.rae.es/?id=R6gqDaZ>].
43. Kishore M, Panat SR, Aggarwal A, Agarwal N, Upadhyay N, Alok A. Evidence based dental care: integrating clinical expertise with systematic research. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(2):259-62.
44. Simpson SH. Applying new evidence into practice: a need for knowledge translation. *Can J Hosp Pharm.* 2015;68(2):100-1.
45. Cambridge dictionary. Perception [Internet]. Cambridge, UK: Cambridge: Universidad de Cambridge; 2016 [cited 2018 12 de diciembre]. Available from: <http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/perception>.
46. Carpenter CR, Sherbino J. How does an "opinion leader" influence my practice? *CJEM.* 2010;12(5):431-4.
47. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Periodontal (Gum) Disease: Causes, Symptoms, and Treatments [Internet]. Bethesda, USA:

NIDCR; 2016 [cited 2018 diciembre 12]. Available from: <http://www.nidcr.nih.gov/oralhealth/Topics/GumDiseases/PeriodontalGumDisease.htm>.

48. Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease. *Periodontol* 2000. 2013;62(1):59-94.
49. Chapple ILC, Genco R, workshop wgotjEA. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *Journal of Clinical Periodontology*. 2013;40(s14):S106-S12.
50. Tonetti MS, Van Dyke TE, workshop wgotjEA. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *Journal of Clinical Periodontology*. 2013;40(s14):S24-S9.
51. Linden GJ, Herzberg MC, workshop wgotjEA. Periodontitis and systemic diseases: a record of discussions of working group 4 of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *Journal of Clinical Periodontology*. 2013;40(s14):S20-S3.
52. da Silva M.K. dCACG, Alves E.H.P., da Silva F.R.P., Pessoa L.D.S., Vasconcelos D.F.P. Genetic Factors and the Risk of Periodontitis Development: Findings from a Systematic Review Composed of 13 Studies of Meta-Analysis with 71,531 Participants. *Int J Dent*., 2017:9.
53. G. Caton J, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, K. SK, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and

- conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2018;45 Suppl 20:S1-s8.
54. American Academy of Periodontology Task Force Report on the Update to the 1999 Classification of Periodontal Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2015;86(7):835-8.
55. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Periodontology.* 2018;89(S1):S74-S84.
56. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *Journal of Periodontology.* 2018;89(S1):S46-S73.
57. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. *Journal of Periodontology.* 2018;89(S1):S9-S16.
58. Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. Dental plaque-induced gingival conditions. *Journal of Periodontology.* 2018;89(S1):S17-S27.
59. Holmstrup P, Plemons J, Meyle J. Non-plaque-induced gingival diseases. *Journal of Periodontology.* 2018;89(S1):S28-S45.
60. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop

- on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S173-S82.
61. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S159-S72.
 62. Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S85-S102.
 63. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S237-S48.
 64. Albandar JM, Susin C, Hughes FJ. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: Case definitions and diagnostic considerations. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S183-S203.
 65. Fine DH, Patil AG, Loos BG. Classification and diagnosis of aggressive periodontitis. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S103-S19.
 66. Needleman I, Garcia R, Gkranias N, Kirkwood KL, Kocher T, Iorio AD, et al. Mean annual attachment, bone level, and tooth loss: A systematic review. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S120-S39.

67. Billings M, Holtfreter B, Papapanou PN, Mitnik GL, Kocher T, Dye BA. Age-dependent distribution of periodontitis in two countries: Findings from NHANES 2009 to 2014 and SHIP-TREND 2008 to 2012. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S140-S58.
68. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S204-S13.
69. Fan J, Caton JG. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S214-S22.
70. Ercoli C, Caton JG. Dental prostheses and tooth-related factors. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S223-S36.
71. Berglundh T, Armitage G, Araujo MG, Avila-Ortiz G, Blanco J, Camargo PM, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S313-S8.
72. Araujo MG, Lindhe J. Peri-implant health. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S249-S56.
73. Heitz-Mayfield LJA, Salvi GE. Peri-implant mucositis. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S257-S66.

74. Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang H-L. Peri-implantitis. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S267-S90.
75. Hämmerle CHF, Tarnow D. The etiology of hard- and soft-tissue deficiencies at dental implants: A narrative review. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S291-S303.
76. Renvert S, Persson GR, Pirih FQ, Camargo PM. Peri-implant health, peri-implant mucositis, and peri-implantitis: Case definitions and diagnostic considerations. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S304-S12.
77. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol*. 2018;89 Suppl 1:S173-S82.
78. Kaye EK, Chen N, Cabral HJ, Vokonas P, Garcia RI. Metabolic Syndrome and Periodontal Disease Progression in Men. *J Dent Res*. 2016;95(7):822-8.
79. Gomes-Filho IS, das Mercedes MC, de Santana Passos-Soares J, Seixas da Cruz S, Teixeira Ladeia AM, Trindade SC, et al. Severity of Periodontitis and Metabolic Syndrome: Is There an Association? *J Periodontol*. 2016;87(4):357-66.
80. Marshal M. Sampling for qualitative research. *Family practice Oxford University press*. 1996;13(6).
81. Sargeant J. Qualitative Research Part II: Participants, Analysis, and Quality Assurance. *J Grad Med Educ*. 2012;4(1):1-3.

82. Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *Bdj*. 2008;204:291.
83. Bissett SM, Stone KM, Rapley T, Preshaw PM. An exploratory qualitative interview study about collaboration between medicine and dentistry in relation to diabetes management. *BMJ Open*. 2013;3(2).
84. Anandakumar AS, Sankari R. Awareness about periodontal disease and its association with systemic disease among medical practitioners: A pilot Study. *Journ of Contemp Dent* 2016;6(2):104-7.
85. American Academy of Periodontology. Non-surgical periodontal treatment. [Internet]. Chicago, USA: AAP; 2018 [cited 2018 marzo 16]. Available from: <https://www.perio.org/consumer/non-surgical-periodontal-treatment>.
86. Lyons KM, Darby I. Interdisciplinary periodontics: the multidisciplinary approach to the planning and treatment of complex cases. *Periodontol* 2000. 2017;74(1):7-10.
87. Lewis-Zúñiga S. Conocimientos, hábitos y percepciones de médicos endocrinólogos, odontólogos y pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sobre la relación enfermedad periodontal-diabetes mellitus en el Hospital Nacional Cayetano Heredia Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2015.
88. Oyetola EO, Oyewole T, Adedigba M, Aregbesola ST, Umezudike K, Adewale A. Knowledge and awareness of medical doctors, medical students and nurses about dentistry in Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2016;23:172-.

89. Lin H, Zhang H, Yan Y, Liu D, Zhang R, Liu Y, et al. Knowledge, awareness, and behaviors of endocrinologists and dentists for the relationship between diabetes and periodontitis. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014;106(3):428-34.
90. Owens JB, Wilder RS, Southerland JH, Buse JB, Malone RM. North Carolina internists' and endocrinologists' knowledge, opinions, and behaviors regarding periodontal disease and diabetes: need and opportunity for interprofessional education. *J Dent Educ.* 2011;75(3):329-38.
91. Holzinger F, Dahlendorf L, Heintze C. 'Parallel universes'? The interface between GPs and dentists in primary care: a qualitative study. *Fam Pract.* 2016;33(5):557-61.
92. Eldarrat AH. Diabetic patients: their knowledge and perception of oral health. *Libyan J Med.* 2011;6.
93. Garcia-Morales G, Barrera-Lagunas DK. [Knowledge, behavior and perception of oral health in patients with type 2 diabetes]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(5):575-8.
94. Khader Y, Khassawneh B, Obeidat B, Hammad M, El-Salem K, Bawadi H, et al. Periodontal status of patients with metabolic syndrome compared to those without metabolic syndrome. *J Periodontol.* 2008;79(11):2048-53.
95. Kogawa EM, Oliveira-Silva PA, Corrêa-Grisi D, Berto-Rezende T, Leite-Bernardi Daniela, Pinheiro-Falcão Denise, et al. Patients' perceptions towards diabetes mellitus and oral health: A cross-sectional study. *Braz J Periodontol.* 2016;26(03):7.

96. Sippli K, Rieger MA, Huettig F. GPs' and dentists' experiences and expectations of interprofessional collaboration: findings from a qualitative study in Germany. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):179.
97. Harnagea H, Couturier Y, Shrivastava R, Girard F, Lamothe L, Bedos CP, et al. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. *BMJ Open.* 2017;7(9):e016078.
98. Manski RJ, Hoffmann D, Rowthorn V. Increasing Access to Dental and Medical Care by Allowing Greater Flexibility in Scope of Practice. *Am J Public Health.* 2015;105(9):1755-62.
99. Yuen HK, Onicescu G, Hill EG, Jenkins C. A survey of oral health education provided by certified diabetes educators. *Diabetes research and clinical practice.* 2010;88(1):48-55.
100. Park SE, Donoff RB, Saldana F. The Impact of Integrating Oral Health Education into a Medical Curriculum. *Med Princ Pract.* 2017;26(1):61-5.
101. Lamster IB, Eaves K. A model for dental practice in the 21st century. *Am J Public Health.* 2011;101(10):1825-30.
102. Dale J, Lindenmeyer A, Lynch E, Sutcliffe P. Oral health: a neglected area of routine diabetes care? *Br J Gen Pract.* 2014;64(619):103-4.
103. Song M, O'Donnell JA, Bekhuis T, Spallek H. Are dentists interested in the oral-systemic disease connection? A qualitative study of an online community of 450 practitioners. *BMC Oral Health.* 2013;13:65.

104. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000;28(6):399-406.
105. Al-Khabbaz AK, Al-Shammari KF, Al-Saleh NA. Knowledge about the association between periodontal diseases and diabetes mellitus: contrasting dentists and physicians. *J Periodontol.* 2011;82(3):360-6.
106. D'Aiuto F, Sabbah W, Netuveli G, Donos N, Hingorani AD, Deanfield J, et al. Association of the metabolic syndrome with severe periodontitis in a large U.S. population-based survey. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93(10):3989-94.
107. Lindenmeyer A, Bowyer V, Roscoe J, Dale J, Sutcliffe P. Oral health awareness and care preferences in patients with diabetes: a qualitative study. *Fam Pract.* 2013;30(1):113-8.



ANEXO 01

FORMATO DE ENTREVISTA A MÉDICOS ENDOCRINOLOGOS V.3.0

NOTA: El presente esquema de entrevista semi estructurado será utilizado únicamente como guía, este será tomado en cuenta como marco inicial de preguntas al entrevistado, se permitirá que los participantes del estudio contesten a las preguntas abiertamente, sin seguir de manera estricta la secuencia de esta estructura. Esto nos permitirá entender más a fondo el problema investigado, no limitando las respuestas al diseño original de la entrevista.

PROCESO DE LA ENTREVISTA:

Se les explicará a los participantes los objetivos del estudio y se le brindará toda la información posible con respecto al procedimiento del mismo. De haber alguna duda o pregunta se dará respuesta, luego de ello se le explicará detalladamente el consentimiento informado, el cual será firmado por el participante si está de acuerdo con participar en el estudio.

Se les recordará a los participantes que las entrevistas serán grabadas para su posterior transcripción y análisis. Sin embargo, en ningún momento se les podrá identificar, pues se mantendrá resguardo de la información recolectada de manera confidencial por el investigador.

Se les informará a los participantes que sus opiniones serán totalmente respetadas, y que no existen respuestas correctas o incorrectas a las preguntas realizadas en la entrevista. Ya que el propósito de este estudio es solo el de explorar los conocimientos, opiniones y percepciones de los participantes buscando informar, modelar y profundizar la investigación en el área.



PREGUNTAS INTRODUCTORIAS:

1. ¿Hace cuánto tiempo se graduó como médico endocrinólogo?
2. ¿Hace cuánto tiempo ejerce actividad en el servicio de endocrinología de este hospital?
3. ¿Asiste Ud. con regularidad a cursos de actualización en endocrinología?
 - **Si es sí:** ¿Alguno de ellos incluyó dentro de su temática a la salud oral de los pacientes con enfermedades metabólicas?
 - **Si es no:** Continuar con la entrevista.
4. ¿Por qué tomó la decisión de seguir la especialidad de endocrinología?

PRÁCTICA CLÍNICA:

5. ¿Con qué frecuencia trata Ud. a individuos que padecen síndrome metabólico?
6. ¿Qué es lo que Ud. suele hacer cuando le toca atender a un paciente con Síndrome metabólico que presente algún tipo de preocupación o discomfort concerniente a su cavidad bucal?
 - ¿Por qué cree Ud. que los pacientes le hacen estas consultas?
 - ¿Cómo se siente Ud. brindando tales recomendaciones?
 - ¿Cómo considera que es su conocimiento acerca de la cavidad bucal y sus patologías?
 - ¿Qué tanto de sus estudios de pregrado estuvo enfocado hacia la cavidad oral?
 - ¿Y de sus estudios de postgrado?
7. ¿Con qué enfermedades de la cavidad bucal cree Ud. que puede estar relacionado el Síndrome Metabólico?
8. ¿En qué situaciones y qué tan a menudo refiere Ud. a sus pacientes con síndrome metabólico al odontólogo?
9. Coménteme ¿Para qué cree Ud. que serviría la interconsulta odontológica en el tratamiento sus pacientes con síndrome metabólico?



-
10. ¿Alguna vez ha discutido con algún colega acerca de la relación entre las enfermedades sistémicas y de la cavidad bucal?
- **Si es sí:** Cuénteme ¿Qué hablaron al respecto?
 - **Si es no:** Continuar con la entrevista.

ENFERMEDAD PERIODONTAL Y SÍNDROME METABÓLICO

11. Cuénteme ¿Qué es lo que conoce acerca de la enfermedad periodontal?
12. Coménteme ¿Cómo es el tratamiento de la enfermedad periodontal?
13. ¿Qué opinión puede dar acerca de la siguiente afirmación? *“Hay estudios que reportan que existe un mayor grado de severidad y extensión de la enfermedad periodontal en personas que padecen Síndrome metabólico”*
14. ¿Cómo piensa que pueda haber una relación entre ambas patologías?
15. ¿Qué opinión puede dar acerca de la siguiente afirmación? *“El tratamiento periodontal puede contribuir a mejorar los parámetros biológicos alterados en del Síndrome metabólico”*
16. **Si aplica:** ¿El conocer la evidencia de la afirmación anterior, puede cambiar su percepción de la importancia del monitoreo odontológico en sus pacientes?
- **Si es sí:** ¿Por qué piensa Ud. eso? ¿Qué cambiaría dentro de su consulta?
 - **Si es no:** ¿Por qué piensa Ud. eso?
17. ¿Le gustaría estar más capacitado acerca de la relación entre enfermedad periodontal y síndrome metabólico?
- **Si es sí:** ¿Con que finalidad?
 - **Si es no:** ¿Por qué piensa Ud. eso?
18. ¿Quién(es) cree Ud. deben ser los responsables de capacitar a los estudiantes o profesionales de la salud acerca de la relación entre enfermedad periodontal y síndrome metabólico?
19. ¿Con qué otras enfermedades sistémicas, conoce Ud. o piensa que podría estar relacionada la enfermedad periodontal?



-
20. ¿Qué tan rutinariamente les pregunta Ud. a sus pacientes si tienen odontólogo?
- ¿Qué lo lleva a tener que preguntar esto?
21. ¿Alguna vez ha referido a un paciente con Síndrome Metabólico con algún problema bucal al odontólogo?
- **Si es sí:**
 - ¿Por qué tuvo que hacerlo?
 - ¿Cuál fue la recomendación que le dio?
 - ¿Cuál fue la reacción de su paciente?
 - ¿El paciente indagó en el por qué Ud. le hacía la referencia?
 - ¿Ud. le hizo seguimiento al paciente luego de la referencia?
 - ¿El paciente le comentó sobre su experiencia con el odontólogo y/o cual fue su recomendación en la interconsulta?
 - **Si es no:** ¿Por qué nunca lo hizo?
22. ¿Coménteme acerca de algún impedimento o barrera para que Ud. pueda proveer información o recomendaciones acerca de posibles problemas de la cavidad oral a sus pacientes con síndrome metabólico?
- **Si aplica:** ¿Cómo cree se podrían superar dichas barreras?

PREGUNTAS DE CIERRE:

23. ¿Hace cuánto tiempo y cuál fue el motivo de su última visita al odontólogo?
24. ¿En qué situaciones suele Ud. visitar al odontólogo?
25. ¿Si a Ud. le gustaría recibir información y/o capacitación acerca de la enfermedad periodontal en el contexto del síndrome metabólico, o alguna otra condición sistémica o enfermedad, como preferiría recibirla?
26. ¿Le gustaría agregar algo antes de finalizar la entrevista?



CONCLUSIONES Y FINALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA:

Se le pregunta al participante si hay algo más que le gustaría agregar, para complementar o aclarar algún punto abordado de la entrevista antes de apagar la grabadora. Se finaliza la entrevista y se agradece al participante por su amable colaboración con esta investigación. Si el participante desea conocer los resultados del estudio, se anotará su información de contacto en una hoja la cual será archivada por el investigador, para hacerle de conocimiento los resultados posteriormente.



ANEXO 02

FORMATO DE ENTREVISTA A ODONTÓLOGOS V.3.0

NOTA: El presente esquema de entrevista semi estructurado será utilizado únicamente como guía, este será tomado en cuenta como marco inicial de preguntas al entrevistado. Se permitirá que los participantes del estudio contesten a las preguntas abiertamente sin seguir de manera estricta la secuencia de la estructura. Esto nos permitirá entender más a fondo el problema investigado no limitando las respuestas al diseño original de la entrevista.

PROCESO DE LA ENTREVISTA:

Se les explicará a los participantes los objetivos del estudio y se le brindará toda la información posible con respecto al procedimiento del mismo. De haber alguna duda o pregunta se dará respuesta, luego de ello se le explicará detalladamente el consentimiento informado, el cual será firmado por el participante si está de acuerdo con participar en el estudio.

Se les recordará a los participantes que las entrevistas serán grabadas para su posterior transcripción y análisis. Sin embargo, en ningún momento se les podrá identificar, pues se mantendrá resguardo de la información recolectada de manera confidencial por el investigador.

Se les informará a los participantes que sus opiniones serán totalmente respetadas, y que no existen respuestas correctas o incorrectas a las preguntas realizadas en la entrevista. Ya que el propósito de este estudio es solo el de explorar los conocimientos, opiniones y percepciones de los participantes buscando informar, modelar y profundizar la investigación en el área.



PREGUNTAS INTRODUCTORIAS:

1. ¿Hace cuánto tiempo se graduó como odontólogo?
2. ¿Hace cuánto tiempo ejerce actividad en el servicio de odontología de este hospital?
3. ¿Tiene Ud. especialidad?
 - a. **Si es sí:** ¿Cuál es su especialidad?
 - b. **Si es no:** Continuar la entrevista.

SÍNDROME METABÓLICO

4. ¿Qué nos puede decir del Síndrome Metabólico?
5. ¿A Ud. o alguno de sus familiares le han detectado este síndrome alguna vez?
 - a. **Si es sí:**
 - i. ¿Cuénteme cómo fue?
 - ii. ¿Podría describir que le pasó?
 - b. **Si es no:** ¿Cuénteme cuáles pueden ser los síntomas o complicaciones de esta condición?
6. ¿Cuénteme que sabe acerca del tratamiento del Síndrome Metabólico?
7. ¿Con qué enfermedades de la cavidad oral cree Ud. que puede estar relacionado el Síndrome Metabólico?
8. ¿Cuál cree Ud. que es el rol que un odontólogo debe adoptar en el cuidado de un paciente con Síndrome Metabólico?

ACERCA DE LOS MÉDICOS:

9. ¿Qué rol cree Ud. deberían cumplir los profesionales médicos en el manejo de la salud oral de sus pacientes con Síndrome Metabólico?
10. ¿Cómo cree Ud. que se sienten los médicos cuando les llegan pacientes a sus consultas expresando preocupación acerca de sus dientes, encías o boca?
 - o ¿Cómo piensa que ellos manejan estas situaciones?



-
- ¿Cómo cree Ud. que es la preparación de los médicos para poder responder a estas dudas o preguntas?

ENFERMEDAD PERIODONTAL Y SÍNDROME METABÓLICO:

11. ¿De qué manera cree Ud. que el Síndrome Metabólico podría afectar a la salud periodontal de una persona?
 - ¿Cómo y cuándo se enteró de esto?
12. ¿De qué manera cree Ud. que la Enfermedad Periodontal podría afectar al Síndrome Metabólico?
13. ¿Piensa Ud. que los médicos están conscientes de la relación entre la enfermedad periodontal y el síndrome metabólico?
 - a. **Si es sí:** ¿Por qué lo afirma?
 - b. **Si es no:** ¿Por qué piensa Ud. eso?
14. ¿Qué deberían discutir los médicos con sus pacientes en cuestión a la enfermedad periodontal y el síndrome metabólico?
15. ¿Cómo piensa Ud. que se podría incrementar la conciencia en la comunidad médica acerca de la relación entre la enfermedad periodontal y el síndrome metabólico?
16. ¿Qué opinión nos puede dar acerca de la siguiente afirmación? *“El tratamiento periodontal puede mejorar los parámetros biológicos alterados en el Síndrome Metabólico”*
17. ¿Qué tan a menudo trata a pacientes con síndrome metabólico por referencia de un médico?
 - a. **Si aplica:** ¿Por qué cree Ud. que en estos casos el médico consideró la interconsulta odontológica?
18. ¿Cómo cree Ud. que se pueda sentir un paciente cuando tiene alguna enfermedad sistémica (como síndrome metabólico) que tiene repercusión en su salud oral?
 - a. ¿Por qué piensa Ud. eso?



19. ¿Coménteme acerca de algún impedimento o barrera para que los médicos brinden recomendaciones a sus pacientes con Síndrome Metabólico acerca de su salud periodontal?

a. **Si aplica:** ¿Cómo se podría superar esas barreras?

PREGUNTAS DE CIERRE:

20. ¿Cómo describiría Ud. la colaboración entre médicos endocrinólogos o médicos de otras especialidades y los odontólogos?

a. **Si aplica:** ¿Cómo piensa que se podría lograr una mayor colaboración?

21. ¿En qué situaciones Ud. practica la colaboración (interconsulta) con médicos en el manejo de pacientes con Síndrome metabólico u otras alteraciones sistémicas?

22. ¿Le gustaría agregar algo antes de finalizar la entrevista?

CONCLUSIONES Y FINALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA:

Se le pregunta al participante si hay algo más que le gustaría agregar, para complementar o aclarar algún punto abordado de la entrevista antes de apagar la grabadora. Se finaliza la entrevista y se agradece al participante por su amable colaboración con esta investigación. Si el participante desea conocer los resultados del estudio, se anotará su información de contacto en una hoja la cual será archivada por el investigador para hacerle de conocimiento los resultados en el futuro.

ANEXO 03

CONSTANCIA DE TRADUCCIÓN DE GUÍAS DE ENTREVISTA

ROSSANA ESTHER RUIZ MENDOZA

Calle [REDACTED], San Borja, Lima.

Cel: [REDACTED]

Lima, 15 de febrero de 2017

Yo, ROSSANA ESTHER RUIZ MENDOZA, médico cirujano identificado con DNI [REDACTED] y número de habilidad profesional CMP 53405 y RNE 25436, realicé la traducción al español de las guías de entrevista originales del estudio: "An exploratory qualitative interview about collaboration between medicine and dentistry in relation to diabetes management" de la autora Susan M Bissett. Exido este documento para los fines que el interesado considere pertinentes.

Atentamente.



Rossana Ruiz Mendoza

ANEXO 04

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL CIEI



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

CONSTANCIA 107-20-17

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo la categoría de revisión **EXPEDITA**. La aprobación será ratificada en la sesión del comité más próxima a la fecha de emisión de este documento.

Título del Proyecto : "Estudio cualitativo de los conocimientos, opiniones y percepciones acerca de la relación entre enfermedad periodontal y síndrome metabólico en médicos endocrinólogos y odontólogos de los hospitales de las ciudades de Chimbote y Nuevo Chimbote 2017".

Código de inscripción : 100618

Investigador principal : Azañedo Vilchez, Diego Eduardo

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

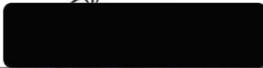
1. **Protocolo de investigación**, versión recibida en fecha 30 de setiembre del 2017.
2. **Consentimiento informado**, versión 4.0 de fecha 20 de setiembre del 2017.

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. El investigador reportará cada seis meses el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **01 de octubre del 2018**.

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

Lima, 02 de octubre del 2017.


Dra. Frine Samalvides Cuba
Presidenta
Comité Institucional de Ética en Investigación



ANEXO 05

APROBACIÓN DEL HOSPITAL III ESSALUD



CARTA N° 005-CEI-ANCASH-IETSI-ESSALUD-2017

Chimbote 03 de octubre, del 2017

Lic. RUTH COTOS ALVA
Jefe de la Unidad de Capacitación
Investigación y Docencia
Red Asistencial Ancash



ASUNTO : APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

Expresando a usted mi saludo cordial, y a la vez para informar la respectiva APROBACION del proyecto de investigación "ESTUDIO CUALITATIVO DE LOS CONOCMIENTOS Y PERCEPCIONES ACERCA DE LA RELACION ENTRE ENFERMEDAD PERIODONTAL Y SINDROME METABOLICO EN MEDICOS ENDOCRINOLOGOS Y ODONTOLOGOS DE LOS HOSPITALES DE CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE", para fines pertinentes.

Agradeciendo la atención a la presente, me suscribo a usted.

Atentamente,



Dr. Miguel Angel Sorecia Lopez
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 58666

Cc Archivo

ANEXO 06

APROBACIÓN DEL HOSPITAL LA CALETA



MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH
HOSPITAL LA CALETA

Unidad de Apoyo a la
Docencia e Investigación



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Chimbote, 17 de marzo del 2017,

OFICIO N° ⁵⁶² -2017-UADI.HLC.CH/D.E.-

Mg. Janett MAS LÓPEZ.
DIRECTORA DE POSGRADO Y ESPECIALIZACIÓN DE LA UNIVERSIDAD
PERUANA CAYETANO HEREDIA.
LIMA:

ASUNTO : PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

REF. : CAR-FE-DPE-SM-0332-2017

Es grato dirigirme a Ud. Para saludarle cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que se aprueba ejecutar el Proyecto de Investigación "ESTUDIO CUALITATIVO DE LOS CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y PERCEPCIONES ACERCA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDADES PERIODONTALES Y SINDROME METABÓLICO EN MÉDICOS ENDOCRINÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDADES DE CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE 2017", que tiene como responsable al CD. DIEGO EDUARDO AZAÑEDO VILCHEZ, quien se acercará al servicio y/o servicios, de este hospital, donde recabará información.

Al finalizar nos hará llegar un ejemplar del informe final, a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, el cual pasará a formar parte de la biblioteca especializada de nuestro hospital.

Agradezco por anticipado la atención que le brinde el presente y es propicia la oportunidad para manifestarle mi consideración y estima.

Atentamente;

FCIH.FOMA
Ch.17.03.2017
c.c.: Interesado
Archivo (02)




Dr. Fernando Camilo Iaurizaga Herrera
CMP 22638 - DNI 00268038
DIRECTOR EJECUTIVO

"DESDE 1945, NUESTRA PRIORIDAD SIEMPRE SERÁ USTED"

Av. Malecón Grau S/N Urb. La Caleta Telf. 323631-327589-327609-322881 (Anexo "0 - "232")

ANEXO 07

APROBACIÓN DEL HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN



HOSPITAL REGIONAL "ELEAZAR GUZMAN BARRÓN"
CHIMBOTE



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Nuevo Chimbote, Abril 26 del 2017.

OFICIO N° 900 - 2017-HREGB-UADI/D.

Señora
Mg. Janett Mas López
Directora de Posgrado y Especialización
Universidad Cayetano Heredia.
Lima.-

Asunto: Aprobación de Piloto de Proyecto de Ejecución.

REF. : Carta -FE-DPE-SM-0333-2017.

De mi especial consideración:

Por el presente es grato dirigirme a usted para hacer llegar cordialmente mi saludo y a la vez según documento de la referencia, hacer de su conocimiento que el Comité de Investigación del Hospital "Eleazar Guzmán Barrón" ha aprobado la Ejecución del Proyecto Piloto "Estudio Cualitativo de los conocimientos, Opiniones y Percepciones acerca de la Asociación entre Enfermedades Periodontales y Síndrome Metabólico en Médicos Endocrinólogos y Odontólogos de los Hospitales de las Ciudades de Chimbote y Nuevo Chimbote 2017", que desarrollará el CD Diego Eduardo AZAÑEDO VILCHEZ estudiante del Programa de Maestría en Estomatología de la Unidad de Posgrado y Especialización de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en nuestro Establecimiento de Salud, por lo que se le brindará las facilidades del caso para el desarrollo de las actividades que competen a la ejecución de dicho trabajo.

Sin otro particular, me suscribo de Ud.

Atentamente,

LAJA/CGG/fap.
C.c. - UADI
- Archivo.

