

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

**Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Odontología**

**PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES ORALES EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN EL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO, TACNA – 2024**

TESIS

Presentada por:

Bach. Ximena Dayana Butron Alvarez

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

TACNA - PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología

**PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL
CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA - 2024**

TESIS

Presentada por:

Bach. XIMENA DAYANA BUTRON ALVAREZ

Para optar el Título Profesional de:

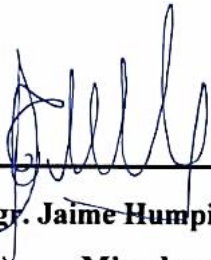
CIRUJANO DENTISTA

Aprobada por *Unanimitad*, ante el siguiente jurado.



Mtro. Milton Saúl Flor Rodríguez

Presidente



Mgr. Jaime Humpiri Flores

Miembro



Mtro. Noelia Yesica Martínez Cántaro

Miembro



Mtro. Melania Ruth Rosado Ventura

Asesora

CERTIFICADO DE SIMILITUD DEL INFORME FINAL DE TESIS

Yo, Mtro. Melania Ruth Rosado Ventura, en mi condición de asesora acreditada por la Resolución de Facultad N°13241-2024-FACS-UNJBG, de la tesis titulada: **“PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA - 2024”** Presentado por el Bach. Ximena Dayana Butron Alvarez, con código de matrícula N°2018-124037, para optar el Título Profesional de **Cirujano Dentista**.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajo de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de **similitud permitido cuyo porcentaje es 10%**

Por lo que, CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis y está de acuerdo al nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención del título.

FIRMA ASESOR

Nombres y apellidos

Mtro. Melania Ruth Rosado Ventura
DNI N° 44093793



Huella

FIRMA TESISTA

Nombres y apellidos

Bach. Ximena Dayana Butron Alvarez
DNI N° 75944619



Huella

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres, Pilar Alvarez y Bartolome Butron por su respaldo, que permitieron desarrollarme como persona y profesionalmente.

A mi compañero de vida, Axel Reynoso, quien siempre me mostró su apoyo incondicional y comprensión en cada etapa, dándome fuerza para seguir adelante y no rendirme.

A Isabel López, más que una amiga una hermana, quien siempre me acompañó desde la escuela y me enseñó el significado de la amistad sincera.

Finalmente, a mis amigos y compañeros que conocí a lo largo de mi etapa universitaria, con quienes compartimos conocimientos y anécdotas inolvidables.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a una excelente maestra, profesional y persona, mi asesora la C. D. Melania Rosado Ventura, por su apoyo y orientación que fue fundamental para el desarrollo de la presente tesis.

Al Centro de Salud San Francisco, en especial al personal de salud encargado del área de odontología y gastroenterología, por brindarme acceso a sus áreas y facilitarme el desarrollo de mi investigación.

Por último, pero no menos importante, gracias a Pilar, Bartolomé, Axel e Isabel por su apoyo y amor incondicional.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1.1. Descripción del problema	3
1.1.2. Formulación del problema	7
1.2. OBJETIVOS	7
1.2.1. Objetivo general.....	7
1.2.2. Objetivos específicos	7
1.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	8
1.4. JUSTIFICACIÓN	8
1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	10
CAPÍTULO II	13
MARCO TEÓRICO	13
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	13
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	13

2.1.2	Antecedentes nacionales	15
2.1.3	Antecedentes regionales	17
2.2.	BASES TEÓRICO-CIENTÍFICOS	18
2.2.1.	Manifestaciones orales en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico.....	18
2.2.1.1.	Reflujo gastroesofágico.....	18
2.2.1.2.	Manifestaciones en tejidos duros.....	22
2.2.1.3.	Manifestaciones en tejidos blandos.....	30
2.2.1.4.	Xerostomía.....	34
2.3.	GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	37
	CAPÍTULO III	40
	MARCO METODOLÓGICO	40
3.1.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	40
3.1.1.	Nivel de investigación.....	40
3.1.2.	Diseño de investigación.....	40
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
3.2.1.	Población de estudio.....	41
3.2.2.	Muestreo.....	41
3.2.3.	Muestra.....	41
3.2.4.	Criterios de selección.....	41
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
3.3.1.	Técnicas de recolección.....	42

3.3.2. Instrumento de recolección de datos.....	42
3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
3.4.1. Fase de aprobación de proyecto.....	43
3.4.2. Fase de recolección de datos.....	43
3.5. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	44
CAPÍTULO IV	45
DE LOS RESULTADOS	45
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	72

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.	
TABLA N°1	Prevalencia y nivel de riesgo de manifestaciones en tejidos blandos de la cavidad oral: mucositis en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024	45
TABLA N°2	Prevalencia y nivel de riesgo de manifestaciones en los tejidos duros de la cavidad oral: erosión dental en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024	47
TABLA N° 3	Prevalencia y nivel de riesgo de manifestaciones en tejidos duros de la cavidad oral: caries dental en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024	49
TABLA N°4	Prevalencia y nivel de riesgo de xerostomía en la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.	
GRÁFICO N°1	Prevalencia y nivel de riesgo de manifestaciones en tejidos blandos: mucositis en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024	46
GRÁFICO N°2	Prevalencia y nivel de riesgo de manifestaciones en tejidos duros de la cavidad oral: erosión dental en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024	48
GRÁFICO N°3	Prevalencia y nivel de riesgo de manifestaciones en tejidos duros de la cavidad oral: caries dental en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024	50
GRÁFICO N°4	Prevalencia y nivel de riesgo de xerostomía en la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024	52

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de las manifestaciones orales en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024. **Metodología:** Es un tipo de estudio descriptivo, prospectiva, de corte transversal y observacional. La muestra es no probabilística, de tipo por conveniencia, conformada por 67 pacientes mayores de 18 años que son diagnosticados con reflujo gastroesofágico y atendidos en el Centro de Salud San Francisco, Tacna. **Resultados:** Se obtuvo que el 71,6% de los pacientes presentaban mucositis, el 98,5% presentaban erosión dental, el 86,6% presentaban xerostomía y el 100% tuvo en algún momento una lesión cariosa, siendo de un muy alto nivel de riesgo de caries dental. **Conclusión:** La prevalencia de manifestaciones orales en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco fue alta.

Palabras clave: Manifestaciones orales, erosión dental, mucositis, xerostomía, caries dental, reflujo gastroesofágico.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of oral manifestations in patients diagnosed with gastroesophageal reflux of the San Francisco Health Center, Tacna – 2024. **Methodology:** It is a type of descriptive, prospective, cross-sectional and observational study. The sample was non-probabilistic, of convenience type, was made up of 67 patients over 18 years of age who were diagnosed with gastroesophageal reflux and treated of the San Francisco Health Center, Tacna. **Results:** It was found that 71.6% of the patients presented mucositis, 98.5% had dental erosion, 86.6% had xerostomia and 100% presented a carious lesion at some point, being a very high level of risk of dental caries. **Conclusion:** The prevalence of oral manifestations in patients diagnosed with gastroesophageal reflux of the San Francisco Health Center was high.

Keywords: Oral manifestations, dental erosion, mucositis, xerostomia, dental caries, gastroesophageal reflux.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de reflujo gastroesofágico refiere a cuando el contenido gástrico pasa al esófago causando sintomatología de ardor y dolor que va desde el pecho a la garganta, donde este puede desembocar en vómito o regurgitación; además se considera poligénica, ya que, involucra muchos factores y entre ellos manifestaciones extra esofágicas, principalmente bucodentales. (1) Según diferentes investigaciones el reflujo gastroesofágico afecta tanto tejidos duros como tejidos blandos orales, siendo los más comunes la halitosis, erosión dental y caries dental.(2)

Actualmente, el reflujo gastroesofágico es una de las enfermedades gastrointestinales con más prevalencia a nivel global, teniendo un porcentaje de incidencia relevante en Latinoamérica con un 31,3% (3). De igual manera existen estudios en Perú que respaldan la alta prevalencia del diagnóstico de reflujo gastroesofágico, donde se puede evidenciar que también afecta la calidad de vida de estos pacientes,(4) ya que gran porcentaje de ellos presentan afecciones psicológicas como la ansiedad y depresión.(5-7)

La erosión dental es una de causas principales en cuanto a desgaste dental se habla, siendo de gran importancia por sus efectos irreversibles, relacionado a ácidos en la cavidad oral, de origen no bacteriano.(8) De igual manera, la mucositis oral que involucra eritemas y/o lesiones ulcerativas orales son un hallazgo frecuente en el sector odontológico, teniendo gran notabilidad en diferentes diagnósticos, sobre todo en enfermedades gastrointestinales, que muchas veces suelen ser grandes desafíos. (9) La xerostomía o resequedad bucal, si bien es cierto, suele tener diferentes causas, siendo la medicación la principal de ellas, hay diferentes estudios que relacionan al reflujo

gastroesofágico con esta manifestación oral, siendo una posible consecuencia de la irritación bucal por el ácido estomacal y el cambio de PH oral. (10–12)

La presente investigación hizo participe a pacientes del Centro de Salud San Francisco que presentaban el diagnóstico de reflujo gastroesofágico y que eran mayores de 18 años, a los cuales se les realizó una evaluación oral y una prueba de FSR, donde luego la información obtenida fue plasmada en la ficha de recolección de datos que contiene como indicadores: la medición de mucositis a través de la escala de valoración de mucositis (OMS), la medición de la xerostomía a través del flujo salival en reposo, la medición de la erosión dental a través del grado de erosión según Eccles y Jenkins, y la medición de lesiones cariosas a través del índice CPO-D. Por con siguiente, a partir de los siguientes resultados obtenidos se podrá analizar la prevalencia de xerostomía, mucositis oral, erosión dental y caries dental; y así poder adquirir un diagnóstico multidisciplinario oportuno; y así mismo, establecer un mejor tratamiento para los pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico, mejorando su calidad de vida.

La presente investigación está compuesta por 4 capítulos. El capítulo I tiene por contenido la formulación y descripción del problema, los objetivos, y justificación del estudio. En el capítulo II abarca el marco teórico, los antecedentes de la investigación y glosario de términos. En el capítulo III muestra el marco metodológico, tipo y diseño de investigación, población, muestra, instrumento, procesamiento de recolección de datos y análisis datos. Por último, en el capítulo IV podemos encontrar los resultados obtenidos, discusión de los resultados, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. Descripción del problema

Muchas de las enfermedades gastrointestinales tienen signos dentro de la boca, esto debido a que la cavidad oral es parte del sistema digestivo. Las manifestaciones bucales pueden ser punto clave de un diagnóstico y por lo tanto un tratamiento oportuno, lo que estipula una gran importancia al examen clínico llevado a cabo por el odontólogo.

Actualmente, una de las enfermedades gastrointestinales con más prevalencia en el mundo es el reflujo gastroesofágico, cuya incidencia ha estado aumentando en los últimos años; ya que, en el 2014 tenía un porcentaje de poco más de un 10% de la población mundial (13) y hasta el año 2017 la incidencia de reflujo gastroesofágico en países occidentales es aproximadamente de 10-20%. (14) Y en una investigación del 2020 en Latinoamérica existe una de las más altas con 31,3 %. (14). Así mismo esta última cifra es respaldada con un estudio del 2023 donde resalta que el porcentaje en Latinoamérica oscila entre el 10 y 30%. (15)

Según un estudio en Chiclayo, se pudo concretar que existe repercusión en la calidad de vida de la población, ya que hay una prevalencia alta con un 26,51%, a su vez, posee un riesgo

significativo de generar morbilidad asociada. (4) Esta investigación se reafirma con otras internacionales, puesto que, según estudios en Corea-Cohorte - 2019 y en Madrid – 2019, nos hablan a cerca de la intervención en el estilo de vida en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), donde repercute de manera negativa en la calidad de vida, sucediendo por un mayor riesgo de úlcera gástrica, estenosis esofágica, hemorragia gástrica e incluso adenocarcinoma de esófago, a través del desarrollo de esófago de Barret(16), que refiere un precáncer, también se menciona que a su vez afecta mucho la parte psicológica, ya que, un gran porcentaje de esta población presenta ansiedad y depresión debido a lo que conlleva la enfermedad, siendo una sintomatología incómoda, enfocándose más en la cavidad oral, por lo que presentan sensibilidad en los órganos dentarios debido a la erosión dental, así mismo que esta les causa alteración estética influyendo en la autoestima del paciente y de acuerdo al grado del reflujo gastroesofágico tiende a ser dolorosa. (5–7)

Según un estudio a cerca de “Relación entre las erosiones dentales y la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes del Hospital Municipal, Arequipa-2023” (2024) se pudo concluir de forma absoluta que, si existe una grave asociación significativa entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico y erosión dental, sobre todo en pacientes mayores de 31 años, predominando en el sexo femenino. (17) Esto se complementa con otro estudio observacional descriptivo que se hizo en el 2020 en la clínica internacional “Camilo Cienfuegos”. La Habana, Cuba, donde se afirma que los trastornos de los tejidos blandos orales se asocian con la enfermedad por reflujo gastroesofágico. (18) Sin embargo, en ambos estudios, se

recomienda realizar más investigación acerca del tema, con el fin de complementar la información.

En un estudio publicado en la Revista Científica Universidad Odontológica Dominicana, se logró concluir que, de los pacientes con un diagnóstico de reflujo gastroesofágico, la erosión dental fue uno de los signos mayormente encontrados, con un 92% del total, el 95% tenía sensibilidad dental y recesión gingival, así mismo también se halló otras manifestaciones con un alto porcentaje como la halitosis, xerostomía, lesiones linguales, entre otras. (19)

Conforme un estudio realizado en el 2023 se logró observar que la evaluación dental es útil en el diagnóstico diferencial entre pirosis funcional y la enfermedad por reflujo gastroesofágico, ya que, solo en los pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico presentan una prevalencia significativamente mayor de erosión dental y enfermedad periodontal, además de presentar disgeusia, sabor agrio, halitosis, mucositis, hiperestesia, ardor en la boca y ulceraciones. (2)

En el 2017, un estudio a cerca de las manifestaciones orales de reflujo gastroesofágico en niños, se pudo concluir que el progreso de las erosiones dentales inducidas por el reflujo gastroesofágico es lentamente y a menudo son sutiles. Por lo que el examen de la cavidad oral por un dentista es menudo necesario, ya que, tanto el diagnóstico y tratamiento tardío puede conducir a un deterioro significativo de los dientes y del sistema de masticación. Y el exitoso tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario que involucra gastroenterólogos, otorrinolaringólogos y dentistas. (20)

En el 2018, médicos especialistas del Hospital Daniel Alcides Carrión de Essalud Tacna III realizaron intervenciones quirúrgicas de mediana y alta complejidad en pacientes con reflujo gastroesofágico, que según el artículo son parte de la población más afectadas en cuanto a la alimentación y en la sintomatología que conlleva, ya que incluso puede generar cáncer de esófago. Sin embargo, existe muy pocos artículos en el sur del Perú, más aún en Tacna, que hablen a cerca de las manifestaciones orales presentes en pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico que son parte de la sintomatología mencionadas en dicho artículo; siendo fundamental la presente investigación que abarcará parte de la población de Tacna, específicamente en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología en el Centro de Salud San Francisco.(21)

Al observar las estadísticas elevadas de prevalencia del reflujo gastroesofágico a nivel nacional, que nos dan a conocer los artículos anteriormente mencionados, podemos decir que, es imprescindible el reconocimiento de los signos orales relacionados con la erosión dental, xerostomía, mucositis, entre otras; para así poder llegar a un diagnóstico y un tratamiento temprano, no solo del reflujo gastroesofágico sino dental; mejorando la calidad de vida del paciente en su aspecto físico y psicológico. Por tal motivo, esta investigación es importante para el reconocimiento de las manifestaciones orales que se pueden observar en pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico, aún más cuando existen pocos estudios que puedan decirnos las diferentes manifestaciones orales que se encuentren relacionadas al reflujo gastroesofágico y

además que evalúen la eficacia del tratamiento para prevenir lesiones en la cavidad oral. (22)

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de las manifestaciones orales en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de las manifestaciones orales en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024.

1.2.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de las manifestaciones en los tejidos blandos de la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024.
- Determinar la prevalencia de las manifestaciones en los tejidos duros de la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de

reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024.

- Determinar la prevalencia de xerostomía en la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024.

1.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.

Al tratarse de un estudio de diseño descriptivo no se realizó hipótesis alguna.(23)

1.4. JUSTIFICACIÓN.

La investigación es **parcialmente original** debido a que existen estudios nacionales e internacionales con relación al tema, donde se afirma que se manifiestan en un gran porcentaje signos bucales en pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico, pero a nivel local no se ha encontrado evidencia que se haya abordado el tema con la misma variable y unidad de estudio, consiguiendo así, que a partir de esta investigación se puedan desarrollar estudios de tipo relacional.

Existe **viabilidad** en el presente proyecto de investigación, debido a que existe acceso a los pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco de Tacna, además, se cuenta con el tiempo necesario para su realización; así como, el presupuesto y los recursos planteados, que será ofertado por el investigador.

Tiene **relevancia científica**, porque debido al estudio se brindará información local sobre las manifestaciones orales en pacientes con diagnóstico reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco de Tacna, además también se podrá comparar con otras investigaciones realizadas, complementando y consolidando los resultados obtenidos en estas mismas.

A su vez, tiene **relevancia académica**, debido a que los resultados obtenidos en este estudio podrán ser compartidos y analizados por estudiantes y profesionales de odontología que aborden el tema.

También existe una **relevancia social**, en la cual se puedan conocer cuáles son las diferentes manifestaciones orales en personas que padezcan reflujo gastroesofágico, sirviendo estas para posibles diagnósticos y tratamientos oportunos, permitiendo que se puedan desarrollar medidas de prevención y promoción de salud bucal con un enfoque en este sector de la población.

Existe interés personal en la realización de este estudio centrándose en nuestra realidad, debido a que, logré observar diversas manifestaciones orales en familiares cercanos que padecen de reflujo gastroesofágico, lo cual fue motivo principal para la ejecución del proyecto, ya que así mismo, servirá como base fundamental para informar a la población y así puedan reconocer las manifestaciones orales en personas con diagnóstico de reflujo gastroesofágico, contribuyendo a que puedan tener un diagnóstico y un tratamiento oportuno.

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES	CATEGORIA	ESCALA
Manifestaciones orales en pacientes con diagnóstico de reflujo gastro-esofágico	Características o signos clínicos encontrados en la cavidad oral en pacientes donde el contenido del estómago se devuelve al esófago.	La variable de manifestaciones orales se evaluará según los indicadores que se manejan para cada dimensión, siendo el índice de Eccles y Jenkins para erosión dental; el índice CPOD para caries; grado de mucositis según OMS y flujo salival en reposo (FSR) para la xerostomía.	Reflujo gastro-esofágico y salud bucal	Sistema de clasificación de ERGE según la Conferencia del Consenso De Montreal	<ul style="list-style-type: none"> • ERGE no erosiva: Presenta síndromes sintomáticos sin lesión esofágica: síndrome típico (regurgitación, pirosis, disfagia, odinofagia) y síndrome de dolor torácico por reflujo • ERGE erosiva: Presenta síndromes sintomáticos con lesión esofágica: esofagitis por reflujo, estenosis por reflujo, esófago de Barret, y/o adenocarcinoma de estómago. • ERGE atípico: Presenta tos por reflujo, laringitis por 	Cualitativa	Nominal

					reflujo, asma por reflujo, faringitis(24)		
		Manifestaciones en tejidos duros	Erosión dental	Índice de Erosión de Eccles y Jenkins	<ul style="list-style-type: none"> • Grado 0: no erosión. • Grado 1: pérdida de esmalte sin exposición de la dentina. • Grado 2: pérdida de esmalte con exposición de la dentina en menos de un tercio de la superficie dentaria. • Grado 3: pérdida de esmalte con exposición de la dentina en más de un tercio de la superficie dentaria 	Cualitativa	Ordinal
			Caries	Índice de CPO-D (OMS)	<ul style="list-style-type: none"> • Muy bajo 0,0-1,1 • Bajo 1,2-2,6 • Moderado 2,7-4,4 • Alto 4,5-6,5 • Muy Alto >6,6 	Cualitativa	Ordinal
			Manifestaciones en tejidos blandos	Mucositis	Grado de mucositis según OMS	<ul style="list-style-type: none"> • Grado 0: Sin cambios. • Grado 1: Dolor bucal, eritema. 	Cualitativa

						<ul style="list-style-type: none"> • Grado 2: Eritema, úlceras; puede comer sólidos. • Grado 3: Úlceras, requiere solo dieta líquida. • Grado 4: La alimentación no es posible.(25) 		
			Xerostomía		Flujo salival en reposo (FSR)	<ul style="list-style-type: none"> • Normal: $\geq 0,3$ ml/min. • Reducido: $0,1 < \text{FSR} < 0,3$ ml/min • Hipo salivación: $\leq 0,1$ml/min(25) 	Cualitativa	Ordinal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes internacionales

Otero Y, Llapur C, Osorio M y Raimundo E. (Cuba-2020). “Alteraciones bucales asociadas a la enfermedad por reflujo gastroesofágico”. **Objetivo:** Identificar los cambios orales encontrados en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. **Métodos:** Se hizo un estudio de tipo observacional y descriptivo con una muestra de 37 pacientes diagnosticados de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Entre las variables analizadas fueron: edad, presencia, sexo o ausencia de cambios, signos y síntomas y localización. Se creó una base de datos documentada y se calcularon: frecuencias absolutas y porcentajes. **Resultados:** El 48,6 % del total de pacientes presentó alguna alteración bucal, entre ellos sensación de ardor o urente (40,5 %) y eritema (35,1 %). Entre las zonas afectadas están paladar blando/úvula (72,2 %) y lengua (61,1 %). **Conclusiones:** Casi la mitad de los pacientes con reflujo gastroesofágico tienen alguna manifestación bucal. Los más comunes son: sensación de quemazón o quemazón, eritema, sequedad de boca y úlceras. Los sitios más comunes son el paladar blando/saliva y la lengua. (18)

Akinola M. et al. (Nigeria-2020) “Enfermedad por reflujo gastroesofágico: prevalencia y manifestaciones extraesofágicas entre estudiantes universitarios en el suroeste de Nigeria”

Objetivo: determinar la prevalencia de la enfermedad gastroesofágica y las manifestaciones extraesofágicas entre estudiantes universitarios en una institución en Nigeria. **Métodos:** estudio transversal hecho con una población de 668 estudiantes que aceptaron participar en el estudio. Se utilizó un instrumento el cual constaba de tres partes A, B, C. La parte A refería datos biográficos como altura y peso, la parte B era un cuestionario de Carlsson- Dent que consiste en medir los síntomas del ERGE para su diagnóstico. Parte C era un cuestionario de los síntomas extraesofágicos que los investigadores desarrollaron y el índice de desgaste dental de Smith y Knight para lograr evaluar la erosión dental. **Resultados:** Se encontró que el 34% de pacientes con enfermedad de Reflujo Gastroesofágico presentaban erosión dental, el 10.1% disfagia, el 14.5% tenía saburra la lengua y el 17.4% tenía xerostomía. **Conclusiones:** Se concluyó que los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico suelen tener erosión dental, además de otras alteraciones orales como síntoma de presentación de la ERGE. (3)

Masud M. y cols. (2022-Pakistán). “Erosiones dentales: un manifiesto de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)”. **Objetivo:** determinar la frecuencia de erosión dental en pacientes con Enfermedad por. Reflujo Gastroesofágico. **Metodología:** Este estudio descriptivo se realizó con una población de 100 pacientes de los cuales ya habían sido diagnosticados con enfermedad de Reflujo Gastroesofágico. Tuvo una duración de 3

meses. Para realizar un diagnóstico de erosión dental, evaluaron pacientes con ERGE que se presentaron en el hospital universitario Faisalabad de Madinah. **Resultados:** se pudo encontrar el 34% de pacientes con enfermedad de Reflujo Gastroesofágico presentaban erosión dental y los otros 66% no presentaban hallazgos de erosión dental. **Conclusiones:** los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico suelen tener erosión dental como síntoma de presentación de la enfermedad de reflujo gastroesofágico. Además, su detección en personas con la enfermedad de reflujo gastroesofágico es crucial para identificar y tratar los casos de manera oportuna y mejorar la calidad de vida de los pacientes. (26)

2.1.2 Antecedentes nacionales

Larios E. (2021-Lima) “Prevalencia de erosión dental en pacientes con enfermedad de Reflujo Gastroesofágico del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo atendidos en el 2019”. **Objetivo:** reconocer la prevalencia de erosión dentaria en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2019. **Metodología:** investigación descriptiva, observacional, transversal y prospectivo, se trabajó con una muestra de 42 pacientes que asistieron a consulta externa del Servicio de Gastroenterología del HNDM en Lima, Perú. Se trabajó con las historias clínicas y se utilizó como instrumento una ficha ad-hoc para recolección de datos, se utilizó el índice de desgaste dental

de Smith y Knight para registrar la magnitud de la erosión dental mediante un examen intraoral. **Resultados:** la prevalencia de erosión dental de pacientes evaluados con ERGE fue del 71%. El grado de severidad de erosión dental según grupos dentarios fue de 52,8% de grado 1, seguido del 41,6% de grado 2. Además, que la prevalencia del sexo femenino presento 72,4%. **Conclusión:** prevalencia de erosión dental en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico es significativa, y la severidad del nivel 1 en la superficie cervical, fue el que marcó mayor porcentaje. (27)

Ccuno C. (Puno-2017). “Erosión dental en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico que acuden al área de gastroenterología en el Hospital Manuel Núñez Butrón”.

Objetivo: determinar el grado de erosión dental en pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico que acuden al área de gastroenterología en el Hospital Manuel Núñez Butrón Puno.

Métodos: Es un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal y analítico. Se realizó en 58 pacientes que acudieron al Hospital Manuel Núñez a quienes se les diagnosticó reflujo gastroesofágico por vía endoscópica y que presentaron informes médicos antes de la endoscopia. Los datos personales, género, duración de la enfermedad, grado de desgaste dental y pH se registraron mediante un formulario de recolección de datos; luego fueron ingresados a la base de datos mediante estadística descriptiva y procesados con el programa estadístico SPSS versión 22.

Resultados: El grado de erosión en los pacientes fue grado 0 (30,10%), grado 1 (50,04%) y grado 2 (19,86%), y los grupos de dientes fueron incisivos 32,29%, caninos 15,58%, incisivos 27,24%

y molares 24,89. %, relativo a la superficie dental, cervical grado 0 (11,41%), vestibular grado 1 13,53%, superficie oclusal y borde incisal grado 2 10,40%; por género, las niñas de segundo grado de primaria representaron el 71,68%; desde el punto de vista del tiempo evolutivo, el 75,84% a los 2 años del inicio, el 60,34% presentaba un pH ácido. **Conclusiones:** Los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico tienen una alta tasa de erosión dental, la cual está relacionada con el tiempo de desarrollo de la enfermedad. (28)

2.1.3 Antecedentes regionales

Espada A. (Tacna-2023). “Prevalencia de erosión dental en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico que acuden al servicio de gastroenterología del Centro de Salud la Esperanza”. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de erosión dental en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico en el Servicio de Gastroenterología del Centro de Salud La Esperanza. **Metodología:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal, donde para la muestra fue de 56 pacientes diagnosticados con enfermedad de reflujo gastroesofágico. **Resultados:** Se obtuvo que el 85,7% de los pacientes presentaba erosión dental. **Conclusión:** Se concluyó que la prevalencia de erosión dental es estadísticamente alta en pacientes con reflujo.(23)

2.2. BASES TEÓRICO-CIENTÍFICOS

2.2.1. Manifestaciones orales en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico

2.2.1.1. Reflujo gastroesofágico

Referente a la acción en la cual el contenido gástrico pasa hacia el esófago, donde puede o no existir vómito o regurgitación. Esto se da cuando hay alguna alteración de los esfínteres esofágicos; para esto debemos reconocer que existen dos esfínteres: el esfínter esofágico superior, el cual impide que el material refluido llegue a la faringe y a las vías respiratorias; y el esfínter esofágico inferior (añillo de fibras musculares de la parte inferior del esófago, localizado en la unión gastroesofágica), el cual se encarga de evitar que el contenido gástrico ascienda al esófago, siendo este principalmente donde no existe un correcto cierre, debido a que la contracción tónica tiene una relajación inapropiada. (29)

Su causa principal puede encontrarse en el tipo de alimentos que la persona consume, alteraciones del vaciamiento gástrico, esclerodermia, cirugía previa a nivel de la UEG que condicione desestructuración anatómica y, por último, la más común la hernia de hiato. (30) Y así mismo

entre los factores de riesgo están el consumo de alcohol, la obesidad, el embarazo y el tabaquismo. (29)

A. Reflujo gastroesofágico no erosivo

Según la definición que nos ofrece Montreal la ERGE tiene como fenotipo más frecuente el reflujo gastroesofágico sin lesión erosiva. (31) en esta clasificación los pacientes suelen presentar el síndrome típico donde se manifiesta los síntomas más habituales de la ERGE como es la pirosis y la regurgitación; siendo la primera una sensación de ardor retroesternal que inicia en la zona del epigastrio y asciende dirigiéndose hacia la boca. Por otro lado, la regurgitación, es la sensación de retorno de los alimentos deglutidos o contenido gástrico hacia el esófago, llegando incluso a la boca, sin preceder de náuseas ni arcadas.(32)

El dolor de pecho o torácico por reflujo es otro síntoma más frecuente de ERGE, además es la causa más común de dolor torácico no cardíaco.(32) Al ser muy parecido ambos es importante hacer un descarte cardíaco o de angina de pecho, sin embargo, el dolor torácico por reflujo suele aparecer después de la ingesta de alimentos o al levantarse después de dormir. (33)

B. Reflujo gastroesofágico con esofagitis o erosivo

Cuando los episodios de reflujo gastroesofágico se hacen más frecuentes y prolongados, los ácidos gástricos pueden causar daños en mucosa o el revestimiento esofágico, como erosiones, ulceraciones e inflamación. (29) Así como, síntomas clínicos típicos de una pirosis como quemazón a nivel del esternón que asciende y desciende; lo cual se denomina enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Esta suele ser la enfermedad más común en la atención primaria y al momento de hacer las pruebas diagnósticas como la endoscopía asociada a la biopsia se puede ver el grado de esta enfermedad.

Una de las clasificaciones más utilizada para denominar el grado de esta es la clasificación de Savary-Miller modificada: (34)

- Grado I: existen lesiones mucosas no confluentes, acompañadas de eritema, con o sin exudado o erosiones superficiales
- Grado II: se aprecian lesiones exudativas confluentes que no recubren toda la circunferencia esofágica.

- Grado III: cuando las lesiones cubren toda la circunferencia, infiltrando la pared sin producir estenosis
- Grado IV: se refiere a todas las formas complicadas de esofagitis, es decir, la úlcera esofágica, la estenosis por reflujo y/o el esófago de Barrett(34)
- Grado V: refiere a esófago de Barret, aislado o asociado a lesiones de grado I-IV(34)

C. Reflujo gastroesofágico atípico

Se caracteriza por presentar síndromes extra esofágicos y estos a su vez pueden subdividirse en dos tipos:

- Con asociación establecida con la ERGE: como tos crónica por reflujo, laringitis por reflujo, asma por reflujo y faringitis.
- Con asociación propuesta con la ERGE: diversos síntomas se han tratado de asociar, sin embargo, aún están en discusión. Aquí podemos encontrar a sinusitis, faringitis, otitis media recidivante, fibrosis pulmonar idiopática, globus, entre otros.(32)

2.2.1.2. Manifestaciones en tejidos duros

A. Erosión dental

Es una lesión no infecciosa e irreversible, la cual es cuando existe una pérdida gradual de la superficie dental debido a procesos químicos por una exposición constante a agentes ácidos. (35)

a. Etiología y relación con el Reflujo gastroesofágico

Según su etiología se puede clasificar en tres tipos:

1) Erosión extrínseca

Refiere a erosión causada por ácidos exógenos como el consumo de algunos alimentos como: bebidas alcohólicas, vinagre, cítricos y bebidas carbonatadas o energéticas; ciertos medicamentos como: suplementos de hierro, suplementos de vitamina C y ácido acetilsalicílico; aerosoles contaminantes, vapores ácidos, agua acidificada en piscinas.

2) Erosión intrínseca

Refiere a la erosión causada por el ácido gástrico endógeno que entra en contacto con los órganos dentarios afectando el PH, ya sea por vómitos, reflujo o regurgitaciones. Puede estar asociado a trastornos alimentarios, embarazos, adicción a bebidas alcohólicas o drogas, personas con una tasa de flujo salival y principalmente a pacientes con reflujo gastrointestinal.

3) Erosión idiopática

Refiere a cuando hay un origen desconocido en cuanto el ácido en contacto con las piezas dentales. Donde la anamnesis y el examen clínico no son datos suficientes para saber su origen o etiología. (36)

En cuanto a la relación de la erosión dental y el reflujo gastroesofágico radica en que este último es un factor intrínseco de la erosión dental debido a que una característica del reflujo gastroesofágico es que el ácido gástrico retorne al esófago, que con un grado severo puede llegar incluso a vómitos u otras

enfermedades; además que comparte factores de riesgo como la alimentación, el alcoholismo o el embarazo.

b. Características

La erosión dental se observa como una pieza dentaria con el esmalte más delgado, con cúspides más redondeadas e incluso ahuecadas, crestas biseladas. Al llegar a dentina se puede observar de una forma más cóncava, presentando sensibilidad.
(8)

c. Índice de Erosión de Eccles y Jenkins

Es la clasificación con mayor uso para expresar el nivel de erosión dental según el grado de desgaste de esmalte dental es Eccles y Jenkins, la cual se divide en tres grados: (35)

- Grado 0: “No hay erosión”
- Grado 1: “Pérdida de esmalte sin exposición a la dentina”
- Grado 2: “pérdida de esmalte con exposición de dentina en menos de un tercio de la superficie del diente”
- Grado 3: “pérdida de esmalte con exposición de dentina en más de un tercio de la superficie del diente.”

B. Caries

Es una enfermedad infecciosa, progresiva e irreversible en los órganos dentarios, también denominada lesión cariosa, la cual se describe como una secuencia de procesos de destrucción localizada en los tejidos duros dentaria que inicia en la superficie a nivel del esmalte y avanza hasta la profundidad pudiendo llegar a pulpa; que si no es atendida de manera oportuna afecta la salud en general y a su vez la calidad de vida. (36)

Según Ricketts D. y Cols. la caries es una enfermedad que se encuentra en todos los individuos dentados y que podría ser considerada un fenómeno omnipresente a nivel de los cristales de hidroxiapatita. (37)

a. Etiología y relación con el Reflujo gastroesofágico

La etiología de las lesiones cariosas es multifactorial, pero se centra fundamentalmente en tres factores: huésped, microorganismos y dieta; así mismo, también influye el tiempo y existen otros factores del entorno como la presencia o ausencia de servicios sanitarios y programas de salud oral, nivel socio-económico,

estrés, etnia, cultura, factores de ingeniería biodental. (38) (39)

Otro factor importante que tiene relación con el reflujo gastroesofágico es el PH del entorno de la cavidad bucal. Desde comer alimentos ácidos hasta presentar frecuentes vómitos puede favorecer la aparición de caries. (40) Ya que existe un desequilibrio en el PH de la saliva, este cambio eleva la acidez y disminuye el pH 5,5, lo que provoca la pérdida de mineral que conduce a la disolución de los tejidos duros, por lo tanto, esto hace de que esta condición sea favorable para que las bacterias metabolicen los azúcares y produzcan ácidos, aumentando el riesgo de aparición de caries. (41)

b. Características

Esta depende del proceso de la caries, la cual tiene una secuencia dinámica de las interacciones entre el biofilm y el diente a lo largo del tiempo dado en la superficie dentaria; dependiendo del balance entre los factores protectores o remineralizantes y desmineralizantes. (40)

Para un correcto diagnóstico y a su vez un buen tratamiento es importante reconocer sus

características clínicas y para eso existe una base que determina una clasificación de acuerdo a su fenotipo, el Sistema Internacional de Detección y Valoración de Caries (ICDAS). (42)

- 0= “Sin cambios visuales”
- 1= “Decoloración café confinada, opacidad blanca con secado de aire a la fisura”
- 2= “Decoloración café más allá de la fisura, opacidad blanca sin secado de aire”
- 3= “Pérdida de integridad superficial (microcavidad), microcavidad en esmalte menor a 0,5 mm”
- 4= “Sombra subyacente de dentina”
- 5= “Cavidad detectable exponiendo dentina mayor a 0,5 mm hasta la mitad de la superficie dental”
- 6= “Cavidad extensa mayor a la mitad de la superficie dental, dentina claramente visible”

c. Índice de CPO-D (OMS)

Uno de los índices más utilizados para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental es el índice

CPO-D, esto debido a su practicidad, facilitando la comparación en las poblaciones diferentes.

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson en su estudio de “estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935”.

El índice detecta caries tanto actuales como anteriores, debido a que se tienen en cuenta dientes con lesiones cariosas y tratamientos que tuvieron previamente. Para utilizar este índice se debe de obtener la sumatoria de los dientes permanentes “Cariados”, “Perdidos” y “Obturados”, incluyendo las “Extracciones Indicadas”, entre el total de individuos examinados. (43)

- Diente cariado

Refiere a esmalte del órgano dentario que presenta una cavidad inconfundible o piso socavado y paredes con daño y reblandecidas, presencia de obturaciones temporales y piezas dentarias obturadas con presencia de lesiones cariosas.

- Diente perdido

Refiere a dientes permanentes que fueron extraídos por razones de caries, en caso de existir duda consultar al paciente y examinar el reborde. La presencia o ausencia del diente homologo y no aplica en dentición temporal.

- Diente obturado

Refiere a la presencia de obturaciones permanentes, sin microinfiltración o evidencia de caries

- Diente sano

De manera clínica no hay presencia de caries tratada.

- No aplicable

En dientes con presencia de coronas por prótesis fija, órganos dentarios que presentan una restauración de fisura con sellador o diente perdido por otra razón diferente a caries, un ejemplo de esto es la ortodoncia. (44)

2.2.1.3. Manifestaciones en tejidos blandos

A. Mucositis

Se define como una patología muy frecuente en la cavidad oral, que suele ser un efecto secundario agudo que ocurre por alguna patología en el tracto gastrointestinal, por tratamientos por quimioterapia o radioterapia. (45)

Constituye a un proceso de inflamación que altera a la mucosa orofaríngea, donde existe una destrucción de los queratinocitos basales, causando por consiguiente lesiones en la capa epitelial. (46)

a. Etiología y relación con el Reflujo gastroesofágico

Al ser principalmente un efecto secundario a tratamientos contra el cáncer y patología gastrointestinales, su etiología multifactorial y poco comprendida, radica en la alteración específicamente apoptosis de las células epiteliales de los tejidos blandos orales que, al no poder diferenciarse entre células normales y malas, el revestimiento de la boca se rompe y forma úlceras dolorosas. (45)

La presencia de la mucositis oral también tiene ciertos factores de riesgo como la edad, donde las personas ancianas son las que están más expuestas, en cuanto al género se presenta mayormente en mujeres, también influye mucho el IMC, ya que una persona con un IMC bajo tiende a presentar con más frecuencia mucositis, la higiene bucal, función secretora salivar, factores genéticos, el tabaquismo y función renal.(46)

Si bien es cierto de que por si es poco predecible que el reflujo gastroesofágico o la hipersecreción de ácido provoque ulceración en los tejidos blandos, debido a que la capacidad de las glándulas bucales y sus mecanismos reguladores logran de alguna forma neutralizar o regular las corrientes acidificas que derivan del reflujo gastroesofágico. Es común que en pacientes diagnosticadas con reflujo gastroesofágico existan condiciones donde los mecanismos no funcionen adecuadamente o los factores de protección de tejidos blandos no estén equilibrados, puede existir una acción de reducción por parte del ácido clorhídrico, que es uno de los seis mecanismos de acción de las quemaduras químicas. Esta respuesta puede así mismo adjuntarse de exotermia en el momento

del vómito, lo cual contribuye también a que exista una mayor injuria tisular.

b. Características

La mucositis oral inicialmente se manifiesta de manera clínica como zonas eritematosas, estas se encuentran en la mucosa queratinizada donde las más comunes son la mucosa labial y oral, lengua, piso de la cavidad oral y paladar blando.

Las lesiones iniciales siguen progresando y sufren una decoloración en tonos blanquecinos debido a la falta de descamación de queratina, la cual se desprende y es posteriormente reemplazada por mucosa atrófica, edematosa, eritematosa y friable, la que finalizando sube de nivel a la aparición de múltiples erosiones y úlceras, de gran tamaño, poca profundidad, fondo necrótico y halos eritematoso en su periferia.
(47)(48)

Los síntomas principales es el dolor que se acompaña normalmente de un enrojecimiento en las superficies que recubren la boca, dificultando al paciente acciones como beber, comer o incluso hablar; intensificando la mortalidad de las personas que la adolecen. Esto

va acompañado de disfagia, disgeusia, odinofagia y deshidratación. (45)

c. Grado de mucositis según OMS

Su clasificación más reconocida y utilizada es la desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (46)

- Grado 0: Normal o sin alteraciones.
- Grado 1: Presencia de eritema generalizado y mucosa enrojecida.
- Grado 2: Dolor. Deglución de alimentos sólidos conservada. Presencia de eritema, úlceras poco extensas.
- Grado 3: Dolor. Deglución de líquidos conservada. Dificultad en fonación y al hablar. Saliva de características espesas. Presencia de eritema y edema en encías, saliva espesa y úlceras extensas.
- Grado 4: Dolor. Pérdida de la capacidad de deglución, alimentación enteral o parenteral. Inexistencia de saliva. Presencia de sangrado en encías, ulceraciones extensas, infecciones.

2.2.1.4. Xerostomía

Refiere a una sensación de “boca seca” que viene a ser una respuesta secundaria a una hiposecreción salival, por lo que corresponde a una disminución “objetiva” del flujo salival.
(49)

También se asocia a una disfunción de las glándulas salivales mayores (donde podemos encontrar a las parótidas, submandibulares y sublinguales) y de las glándulas menores (que genera un 7% de saliva) cual producción de saliva es estimulada por el sistema nervioso, refiriendo así un trastorno en las glándulas salivales de la boca. Por lo tanto, no producen suficiente saliva como para mantener la boca húmeda; afectando la lubricación, digestión inicial, la protección antimicrobiana y la integridad de los tejidos blandos y duros de la cavidad oral.
(50)

a. Etiología y relación con el Reflujo gastroesofágico

La etiología de la xerostomía es multifactorial, siendo las principales el síndrome de Sjögren, posradioterapia y el uso de fármacos.

De igual forma que su fisiopatología, la etiología puede tener una clasificación según su mecanismo.

- Alteración estructural glandular.
Inmunomediadas, enfermedades granulomatosas e Inflamatorias, enfermedades de depósito: hemocromatosis-amiloidosis, iatrogénicas: quimioterapia - posradioterapia, sistémica, genética e infecciones bacterianas.
- Funcionales.
Deshidratación: diarrea crónica, hábitos: tabaco-alcohol-drogas, composición bioquímica alterada de la saliva, neuropática: Parkinson y Fármacos: efectos anticolinérgicos – simpaticomiméticos, enfermedades psicógenas: ansiedad-depresión– respiración bucal. (51)

Hay una relación directa entre la xerostomía y la enfermedad de reflujo gastroesofágico, esto debido en si al mecanismo funcional alterado, provocado por que los pacientes con esta enfermedad necesitan medicación que suele ser diaria para tener el

control exitoso de los diferentes síntomas que suelen adolecer los pacientes con reflujo gastroesofágico.(52)

Así mismo un factor que aumenta el riesgo a padecer de xerostomía es el cambio de la composición bioquímica de la saliva, esto debido a que el ácido gástrico cambia el PH de la saliva y lo disminuye a 5.5 y así mismo, niveles muy bajos del flujo salival hacen que el pH disminuya incluso con valores debajo de 5-3; obstaculizando el papel protector de la saliva. (11)

b. Características

Las dificultades para hablar, odinofagia, disfagia, halitosis, disgeusia, disartria y sensación de ardor en la boca, son manifestaciones clínicas que acompañan a la xerostomía. (12)

Queilitis angular, lengua depapilada, caries, candidiasis oral a repetición y mala adaptación a prótesis dentales con ulceraciones frecuentes, son las presencias que destacan al realizar el examen físico siendo consideradas las últimas 3 como complicaciones a largo plazo. Podemos asociar que siempre debe considerarse

la sintomatología de la patología de base que cursa con xerostomía. (53)

c. Forma de medición: FSR

El volumen segregado de saliva por una persona es de 1 a 1,5 litros por día. (54)

Este flujo salival es posible medirlo en reposo o estimulado. Flujo salival en reposo (FSR), considerado en valores normales “ $\geq 0,3$ ml/min”; disminuido para valores “ $> 0,1$ ml/min y $< 0,3$ ml/min” e hiposalivación para valores “ $\leq 0,1$ ml/min”. Flujo salival. estimulado (FSE); considerado normal en valores “ $\geq 0,5$ ml / minuto” e hiposalivación los valores menores a “ $0,5$ ml/min.” (25)

2.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **CARIES DENTAL:** enfermedad infecciosa, progresiva e irreversible que afecta a las piezas dentarias, la cual inicia en la superficie a nivel del esmalte dental y si no es tratada avanza hasta la profundidad logrando llegar a pulpa. (36)

- **ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO:** refiere cuando el reflujo gastroesofágico se hace más frecuente y el reflujo es

excesivo, produciendo síntomas y/o complicaciones en el tracto esofágico. (55)

- **ERITEMA:** Se define como cierto enrojecimiento que se presenta en las mucosas orales debido a alguna inflamación o hipersensibilidad en la zona afectada. (56)
- **EROSIÓN DENTAL:** Es una lesión no infecciosa e irreversible, la cual es cuando existe una pérdida gradual de la superficie dental debido a procesos químicos por una exposición constante a agentes ácidos. (35)
- **HIPOSALIVACIÓN:** Es una reducción del flujo salival, corroborado con una sialometría, debido a distintos factores etiológicos como alteraciones del desarrollo, enfermedades sistémicas y fármacos. (57)
- **MANIFESTACIÓN ORAL:** Refiere a algún signo o síntoma que aparece en la boca, ya sea en tejidos blandos o duros, a causa de algún trastorno o enfermedad.(58)
- **MUCOSITIS:** Es un común efecto secundario agudo que ocurre por alguna patología en el tracto gastrointestinal, caracterizado por ser un proceso inflamatorio, pudiendo incluir atrofia, edema y eritema tisular que puede progresar a ulceración en las membranas mucosas de la cavidad oral y orofaringe. (46)
- **PH SALIVAL:** Refiere a una medida de alcalinidad o grado de acidez que existe en la saliva dentro de la boca, que puede variar en una escala de entre 0 a 14, siendo normal el PH salival con un valor de entre 6,7 y 7,4 sirviendo de protección a la desmineralización de los dientes.(59)

- **REFLUJO GASTROESOFÁGICO:** es un fenómeno físico en la cual existe la ascensión del flujo del contenido gástrico hacia el esófago. (29)

- **REGURGITACIÓN:** Se define como la sensación de retorno del contenido gástrico hacia la cavidad oral, sin esfuerzo o a causa de eructos.(60)

- **ÚLCERAS BUCALES:** Se describe como lesiones esféricas u ovaladas, que presentan márgenes delimitados, causando dolor y que pueden aparecer debido a la asociación de alguna enfermedad o no.(61)

- **XEROSTOMÍA:** Sensación subjetiva de boca seca que viene a ser secundaria a una hiposecreción salival, provocada por un trastorno de las glándulas salivales de la boca, las cuales provocan una disminución del flujo salival, es decir, se produce la suficiente saliva para mantener la boca húmeda.(51)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.1. Nivel de investigación

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo, a su vez, el nivel de investigación es descriptivo.

3.1.2. Diseño de investigación

Es un tipo de **estudio descriptivo**, ya que se estudió, analizó y describió la prevalencia de manifestaciones orales en pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico, siendo esta la única variable.

De diseño **no experimental**, debido a que se basó en observar clínicamente las manifestaciones encontradas en pacientes con reflujo gastroesofágico, sin su manipulación deliberada.

Prospectivo, puesto que los datos recolectados se realizaron luego de planificar el estudio.

Transversal, porque se realizó la recolección de datos en un determinado momento. (62)

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población de estudio

Estuvo constituida por 67 pacientes mayores de 18 años que son diagnosticados con reflujo gastroesofágico y atendidos en el Centro de Salud San Francisco Tacna, desde el mes de enero del año del 2023 hasta el mes de diciembre del año 2024.

3.2.2. Muestreo

No probabilístico, de tipo por conveniencia

3.2.3. Muestra

Estuvo constituida por 67 pacientes mayores de 18 años que son diagnosticados con reflujo gastroesofágico y atendidos en el Centro de Salud San Francisco Tacna, desde el mes de enero del año del 2023 hasta el mes de diciembre del año 2024, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio.

3.2.4. Criterios de selección

a) Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico definitivo de reflujo gastroesofágico en el Centro de salud San Francisco.

- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Pacientes lúcidos. orientados en tiempo y espacio.
- Pacientes que voluntariamente acepten participar en la investigación.

b) Criterios de exclusión

- Pacientes que se nieguen a participar en la investigación
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado acerca del estudio.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.3.1. Técnicas de recolección

Técnica de observación directa en una revisión intraoral con la ayuda de un trípode para lograr registrar las manifestaciones orales en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico.

3.3.2. Instrumento de recolección de datos

Ficha de recolección de datos que contiene: datos de identificación, fecha. Clasificación de reflujo gastroesofágico, escala de valoración de mucositis (OMS), flujo salival en reposo, grado de erosión según Eccles y Jenkins e índice de caries CPOD, los cuales están validados por la OMS

3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Fase de aprobación de proyecto

Se redactó el proyecto de investigación, y a su vez se hizo una solicitud a la Dirección de la Escuela Profesional de Odontología para la aprobación del proyecto.

3.4.2. Fase de recolección de datos

- Se reunió los requisitos para obtener la autorización de parte de la Dirección Ejecutiva de la Red de Salud de la Dirección Regional de Salud de Tacna y así ejecutar la tesis.
- Se presentó la autorización a la secretaria del Centro de Salud San Francisco, la cual hizo llegar dicha autorización al jefe de área de odontología y al médico especialista de Gastroenterología para la posterior coordinación de horarios en los cuales se hará la recolección de datos.
- Se contactó con los pacientes, se les dio una breve explicación del proyecto y se procedió a citarlos para la recolección de datos.
- En cada cita, se le explicó al paciente como se iba a ejecutar la recolección de datos. Posterior a esto, se le entregó el consentimiento informado, el cual fue firmado.

- Una vez aclarado cualquier duda de parte del paciente, se procedió a hacer el examen clínico oral, medición del FSR y hacer el llenado de la ficha de recolección de datos.

3.5. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- Luego de una previa asignación numérica a cada paciente, se digitalizó una base de datos en el programa de Microsoft Office Excel 2019.
- Posteriormente se exportó dicha base de datos al programa estadístico IBM SPSS STATISTICS 2018 versión 25.0 en español.
- Se realizó un análisis descriptivo de los resultados organizados con gráficos de barras y cuadros de doble entrada para facilitar su interpretación.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

TABLA N°1

PREVALENCIA Y NIVEL DE RIESGO DE MANIFESTACIONES EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL: MUCOSITIS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA – 2024

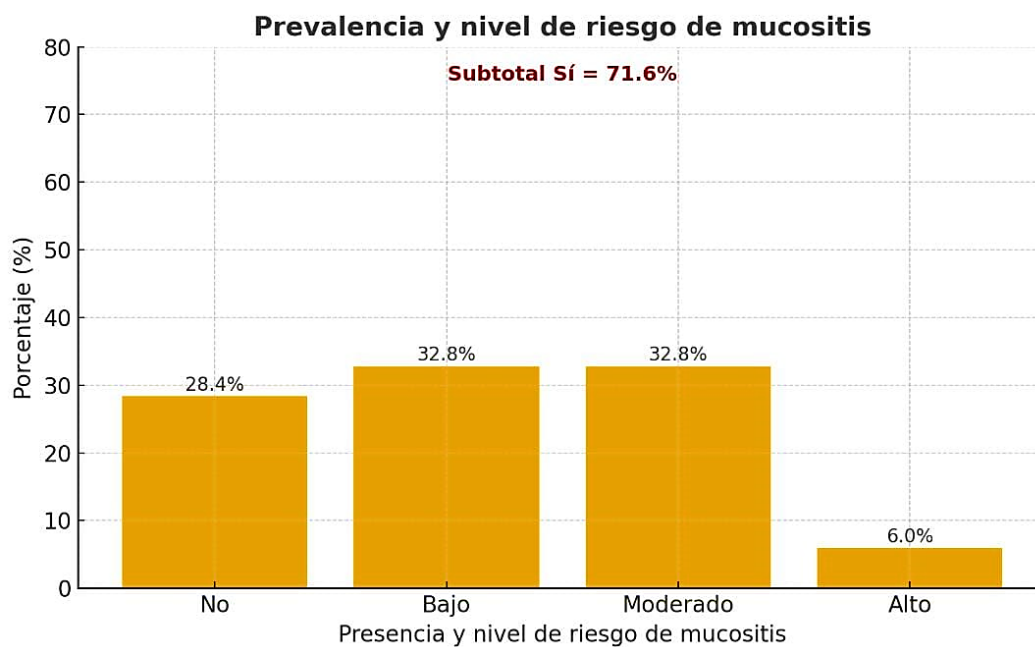
Presencia de mucositis	Nivel de riesgo	Frecuencia	% del total
No	-	19	28,4
Si	Bajo	22	32,8
Si	Moderado	22	32,8
Si	Alto	4	6
Subtotal (Si)		48	71,6
Total General		67	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos

INTERPRETACIÓN

Según la tabla N°1, nos permite observar que, de los 67 pacientes examinados con un diagnóstico de reflujo gastroesofágico, el 71,6% (48 pacientes) presentaban manifestaciones en el tejido blando de la cavidad oral, específicamente mucositis y el 28,4% (19 pacientes) no presentaban mucositis. Así mismo, de los 67 pacientes examinados, el 28,4% (19 pacientes) no presentan algún nivel de riesgo de mucositis, el 32,8% (22 pacientes) presentan un bajo nivel de riesgo de mucositis, el 32,8% (22 pacientes) presentan un moderado nivel de riesgo de mucositis y el 6% (4 pacientes) presentan un alto nivel de riesgo de mucositis.

GRÁFICO N° 1
PREVALENCIA Y NIVEL DE RIESGO DE MANIFESTACIONES
EN TEJIDOS BLANDOS: MUCOSITIS EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN
EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO,
TACNA – 2024



Fuente: Tabla N°1

TABLA N° 2
PREVALENCIA Y NIVEL DE RIESGO DE MANIFESTACIONES EN LOS
TEJIDOS DUROS DE LA CAVIDAD ORAL: EROSIÓN DENTAL EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN EL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO, TACNA – 2024

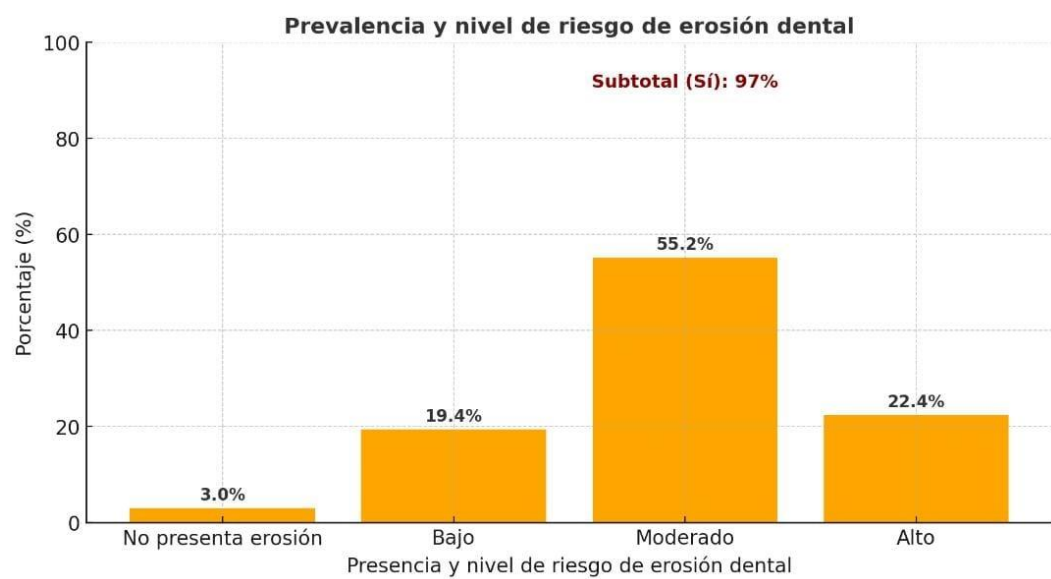
Presencia de erosión dental	Nivel de riesgo	Frecuencia	% del total
No	-	2	3
Si	Bajo	13	19,4
Si	Moderado	37	55,2
Si	Alto	15	22,4
Subtotal (Si)		65	97
Total General		67	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos

INTERPRETACIÓN.

Según la tabla N°2, nos permite observar que, de los 67 pacientes examinados con un diagnóstico de reflujo gastroesofágico, el 97% (65 pacientes) presentaban erosión dental y el 3% (2 paciente) no presentaban erosión dental. Además, de los 67 pacientes que formaron parte del estudio, el 3% (2 pacientes) no presentan algún nivel de riesgo de erosión dental, el 19,4% (13 pacientes) presentan un bajo nivel de riesgo de erosión dental, el 55,2% (37 pacientes) presentan un moderado nivel de riesgo de erosión dental y el 22,4% (15 pacientes) presentan un alto nivel de riesgo de erosión dental.

GRÁFICO N°2
PREVALENCIA Y NIVEL DE RIESGO DE MANIFESTACIONES EN
TEJIDOS DUROS DE LA CAVIDAD ORAL: EROSIÓN DENTAL EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN EL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO, TACNA – 2024



Fuente: Tabla N°2

TABLA N° 3
PREVALENCIA Y NIVEL DE RIESGO DE MANIFESTACIONES EN
TEJIDOS DUROS DE LA CAVIDAD ORAL: CARIES DENTAL EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN EL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO, TACNA – 2024

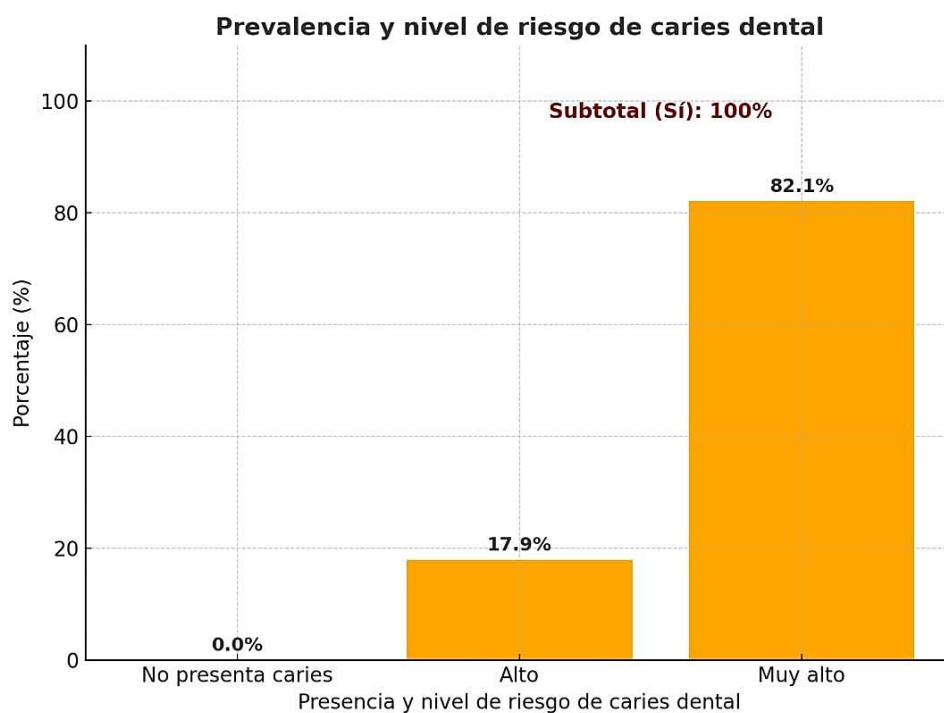
Presencia de caries	Nivel de riesgo	Frecuencia	% del total
No	-	0	0
Si	Alto	12	17,9
Si	Muy alto	55	82,1
Subtotal (Si)		67	100
Total General		67	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos, Tabla de índice CPOD en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna-2024

INTERPRETACIÓN.

Según la tabla N°3, nos permite observar que, de los 67 pacientes examinados con un diagnóstico de reflujo gastroesofágico, el 100% (67 pacientes) presentaban manifestaciones en los tejidos duros de la cavidad oral, específicamente caries dental. Además, de los 67 pacientes que formaron parte del estudio, el 17,9% (12 pacientes) presentan un alto nivel de riesgo de caries dental y el 82,1% (55 pacientes) presentan un muy alto nivel de riesgo de caries dental.

GRÁFICO N° 3
PREVALENCIA Y NIVEL DE RIESGO DE MANIFESTACIONES EN
TEJIDOS DUROS DE LA CAVIDAD ORAL: CARIES DENTAL EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN EL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO, TACNA – 2024



Fuente: Tabla N°3

TABLA N°4
PREVALENCIA Y NIVEL DE RIESGO DE XEROSTOMÍA EN LA
CAVIDAD ORAL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL CENTRO
DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA – 2024

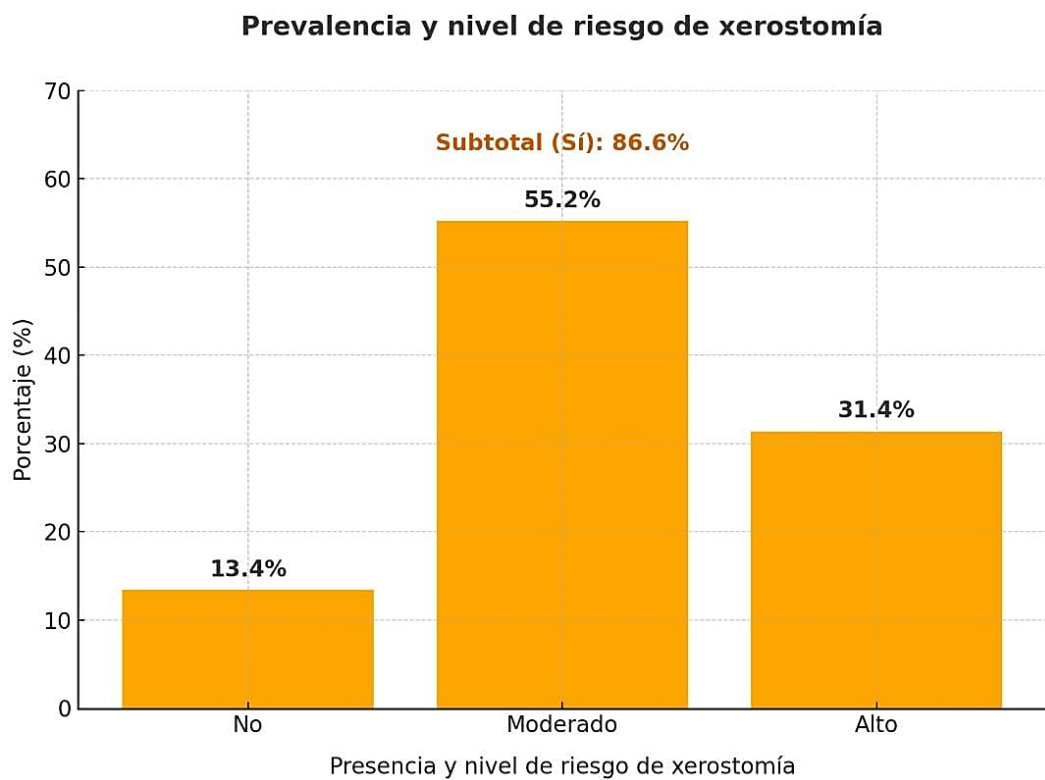
Presencia de xerostomía	Nivel de riesgo	Frecuencia	% del total
No	-	9	13,4
Si	Moderado	37	55,2
Si	Alto	21	31,4
Subtotal (Si)		58	86,6
Total General		67	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos

INTERPRETACIÓN.

Según la tabla N°4, nos permite observar que, de los 67 pacientes examinados con un diagnóstico de reflujo gastroesofágico, el 86,6% (58 pacientes) presentaban como manifestación la xerostomía en la cavidad oral y el 13,4% (9 pacientes) no presentaban xerostomía. Así mismo, de los 67 pacientes que participaron en la presente investigación, el 13,4% (9 pacientes) no presentan algún nivel de riesgo de xerostomía, el 55,2% (37 pacientes) presentan un moderado nivel de riesgo de xerostomía y el 31,4% (21 pacientes) presentan un alto nivel de riesgo de xerostomía.

GRÁFICO N°4
PREVALENCIA Y NIVEL DE RIESGO DE XEROSTOMÍA EN LA
CAVIDAD ORAL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO, TACNA – 2024



Fuente: Tabla N°4

4.2. DISCUSIÓN

A diferencia de otros estudios locales y nacionales, que investigaron un solo signo o síntoma bucal, y en el caso de estudios internacionales que tienen una diferente variable; la presente investigación semi-original, logró evaluar diferentes manifestaciones orales en pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco Tacna 2024. Este estudio tuvo como muestra 67 pacientes mayores de 18 años, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Dentro de las manifestaciones orales en tejidos duros, se evaluó la erosión dental y la caries dental. Entre los resultados obtenidos pudimos observar que el 98,5% de los pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico presentan erosión dental, donde prevalece un moderado nivel de riesgo, y que por otro lado solo el 1,5% no lo presenta; lo cual guarda relación con el estudio realizado por Espada A. (2023)(23) donde el 85,7% de pacientes con ERGE presentan erosión dental, a su vez con el estudio de Larios E. (2021)(27) que se observó que el 71% de los pacientes con ERGE tenían erosión dental. Por otro lado, según la investigación de Masud M. y cols. (2022)(26) el 34% de pacientes diagnosticados con ERGE presentaban erosión dental, que coincide con Akinola M. y cols.(2020)(3) donde según su estudio, también, solo el 34% de los pacientes con ERGE presentaban erosión dental.

Por otro lado, entre los resultados obtenidos en esta investigación se pudo observar que el 100% de los pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico presentan signo de que en el algún momento de su vida han presentado alguna lesión cariosa, donde sobresale que el 95,5% de los

presentó de entre 1 a 10 órganos dentarios cariados, dentro de este porcentaje el 23,9% de los pacientes presentan 2 dientes con lesión cariosa. En cuanto a pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico el 82,1% presentan entre 1 a 13 órganos dentarios obturados. Así mismo, de los 67 pacientes con el diagnóstico de reflujo gastroesofágico el 80,6% presenta entre 1 a 13 dientes extraídos. El 59,7% de los pacientes con reflujo gastroesofágico necesitan al menos 1 extracción dental, donde sobresale que el 11,9% de los pacientes necesitan 5 extracciones dentales. Por lo tanto, también se pudo observar que existe un muy alto nivel de riesgo de caries dental en los pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico que fueron parte de esta investigación.

Por otro lado, dentro de las manifestaciones orales que se observan en el tejido blando podemos encontrar la mucositis, que según la gravedad de esta manifestación se puede observar desde eritemas hasta úlceras. En los resultados obtenidos se pudo encontrar que el 71,6% de los pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico presentaban mucositis y el 28,4 % no lo presentaban, a su vez el 32,8% de los pacientes presentaban solo eritemas y un bajo nivel de riesgo de mucositis, el 38,8% de los pacientes presentaba úlceras. Así mismo, se logró observar que de los pacientes que participaron de la presente investigación el 32,8% tiene un nivel de riesgo de mucositis moderado, pero es importante resaltar que existía un 6% de los pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico que presentaba un alto grado de mucositis, donde admiten que en algún momento solo pudieron alimentarse de líquidos. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Otero y Cols. (2020)(18) donde se observó que el 40,5% de los pacientes con ERGE presentaban sensación de ardor y el 35,1% de los pacientes con ERGE presentaban eritema.

De igual forma, la xerostomía es otra manifestación oral que se estudió en los pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico de la presente investigación, donde se logró observar que el 86,6% de pacientes si presentaban disminución del flujo salival e hiposalivación y el 13,4% no presentaba, en este estudio también se pudo observar que el 55,2% de los pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico presentaban disminución del flujo salival, y presentaban xerostomía el 31,3% de los pacientes con dicho diagnóstico; así mismo, esta investigación obtuvo resultados que demostraron que hay un nivel de riesgo moderado de xerostomía. Estos resultados concuerdan con el estudio de Akinola M. y cols. (2020) (3), que si bien es cierto no estudiaron la disminución salival, su investigación logró obtener resultados donde el 17,4% de los pacientes presentaban xerostomía, así también concordó el estudio de Otero Y y Cols. (2020)(18) donde se concluyó que casi la mitad de los pacientes presentaban signos de alguna manifestación oral, donde la sequedad bucal era una de las más comunes.

Los pacientes diagnosticados con reflujo gastroesofágico, hoy en día son el mayor porcentaje de personas que sufren de alguna enfermedad gastrointestinal, esto refiriéndonos no solo a Perú, sino también de manera mundial. Donde según los resultados obtenidos en la presente investigación afecta a su vez a los órganos y tejidos bucales, y por consiguiente también la calidad de vida de los pacientes; los cuales son de imperativa importancia para el sector profesional de Odontología. Las manifestaciones orales estudiadas y observadas en los pacientes del presente estudio tienen un alto porcentaje no solo de presencia, sino también, de un moderado hasta un alto nivel de riesgo para con la persona que tiene el diagnóstico de reflujo gastroesofágico, siendo algunas de estas manifestaciones orales irreversibles

como es el caso de la erosión dental, que fue la segunda manifestación que el mayor porcentaje de los pacientes presentaban, después de la lesión cariosa que representaba un muy alto nivel de riesgo. La disminución salival y xerostomía tuvo un 86,6% de presencia en los pacientes que participaron en la investigación, siendo una manifestación de gran relevancia, debido a que los pacientes admitían que, a pesar de tomar una adecuada cantidad de agua, muchas veces no podían evitar que sus labios y mucosas orales se resequen. A su vez, la mucositis también tuvo un gran porcentaje de presencia, con un nivel de riesgo moderado, donde muchos pacientes refirieron que es la manifestación que más incomodidad les da, puesto que, algunos incluso, presentaban problemas para deglutir y triturar la comida debido a los eritemas y/o úlceras presentes en la cavidad oral.

Por tal razón, es importante que el médico especialista en gastroenterología no solo proporcione el tratamiento adecuado para el paciente con reflujo gastroesofágico, sino que también se realice interconsulta con el odontólogo, ya que este suele ser el primero en diagnosticar las manifestaciones orales en su forma inicial y puedan a su vez, tratarlos de la manera más apropiada en el tiempo adecuado, evitando así que los pacientes agraven su sintomatología y mejoren su calidad de vida.

CONCLUSIONES

PRIMERA

En relación con el objetivo general de la presente investigación, se logró determinar que la prevalencia de manifestaciones orales en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco fue del 100%, evidenciando que todos los pacientes tienen al menos una manifestación oral, concluyendo con una prevalencia total.

SEGUNDA

Se determinó que la prevalencia de manifestaciones en los tejidos blandos de la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco fue alta con un porcentaje del 71,6%, así mismo, presenta un nivel de riesgo de mucositis moderado en un 32,8%.

TERCERA

Se logró determinar que la prevalencia de manifestaciones en los tejidos duros de la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco fue total, específicamente en la caries dental con un 100%, y con un nivel de riesgo muy alto en un 82,1%; por otro lado, la prevalencia de erosión dental fue alta con un 97% y presentó un nivel de riesgo moderado en un 52,2%.

CUARTA

Se evidenció que la prevalencia de xerostomía en la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco fue alta con un 86,6%, y además presentó un nivel de riesgo moderado en un 55,2%.

RECOMENDACIONES

1. Puesto que, existe una total prevalencia de manifestaciones orales en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico, se debería realizar una interconsulta del servicio de gastroenterología con el servicio de odontología, ya sea en los centros de salud públicos como en las clínicas o consultorios privados, para que se pueda hacer un diagnóstico y tratamiento adecuado al paciente. Así mismo, se sugiere que esta recomendación sea considerada por el colegio odontológico del Perú y el MINSA, para que se pueda elaborar protocolos o guías clínicas conjuntas.
2. Debido a que se encontró una alta prevalencia en los tejidos blandos de los pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en la presente investigación, se recomienda hacer una evaluación oral por parte del odontólogo que abarque la mucosa bucal; de hallar signo de presencia de algún grado de mucositis, poder ayudar al alivio de la zona afectada y de no encontrar afección en las mucosas orales poder ayudar al paciente con un tratamiento preventivo.
3. Al determinar en este estudio una total prevalencia de manifestaciones en los tejidos duros de la cavidad oral en los pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico, el odontólogo que brinde atención a los pacientes con este diagnóstico deberá de hacer hincapié en cuanto a la higiene bucal, mediante una charla que abarque tanto la importancia del cepillado dental, como una concientización de los hábitos y dieta adecuada.
4. Se recomienda, que en el Centro de Salud San Francisco se realicen protocolos para el tratamiento de piezas dentarias con erosión dental debido

a su alta prevalencia, haciendo uso de materiales como resinas microhíbridas con ionómero de vidrio reforzado, además del uso de barnices fluorados con su respectivo control, aliviando la sensibilidad dental que conlleva la erosión dental.

5. Se recomienda que el odontólogo que trate a pacientes con el diagnóstico de reflujo gastroesofágico, haga pruebas de FSR, para así al encontrar signos de hiposalivación o xerostomía poder aliviar la incomodidad y la afección que lleva consigo, y si por otro lado no se encuentra signos de hiposalivación poder brindar al paciente tratamiento preventivo mediante información y charlas.
6. El médico o personal de salud que sea partícipe tanto del diagnóstico como del tratamiento del paciente con reflujo gastroesofágico debe explicar a los pacientes las posibles consecuencias que este diagnóstico pueda tener en la cavidad oral, ayudando así al paciente a tener conocimiento de que el tratamiento del reflujo gastroesofágico involucra también su salud bucodental.
7. Es recomendable que los cirujanos dentistas tengan conocimiento y una mejor capacitación respecto a las manifestaciones orales que tienen los pacientes con el diagnóstico de reflujo gastroesofágico, así el odontólogo podrá brindar una interconsulta a gastroenterología al paciente que acuda a su consultorio dental y presente tales manifestaciones orales; obteniendo así, un posible diagnóstico y tratamiento integral para el paciente.
8. Se recomienda realizar estudios similares en los centros de salud de Tacna y del Perú, que complementen los datos obtenidos en la presente investigación y así continuar con la investigación, obteniendo información

acerca de la posible correlación entre la gravedad del reflujo gastroesofágico y la presencia de manifestaciones orales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ávila S, et al. Manifestaciones orales en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico. *UNESUM - Ciencias Rev Científica Multidiscip.* 2024;8(3):188–201.
2. Helle K, Árok A, Ollé G, Antal M, Rosztóczy A. Dental evaluation is helpful in the differentiation of functional heartburn and gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2023;29(31):4774–82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10473917/pdf/WJG-29-4774.pdf>
3. Akinola M, Oyedele T, Akande K, Oluyemi O, Salami O, Adesina A, et al. Gastroesophageal reflux disease: Prevalence and Extraesophageal manifestations among undergraduate students in South West Nigeria. *BMC Gastroenterol.* 2020;20(1):1–6.
4. Tello N. Ansiedad y reflujo gastroesofágico en pacientes del servicio de gastroenterología. *Hospital Maria Auxiliadora.* Noviembre - Diciembre 2019. *Univ Ricardo Palma* [Internet]. 2020;1–67. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/1040>
5. Kim S, Park B, Lim H, Kim M, Kong C. Increased risk of larynx cancer in patients with gastroesophageal reflux disease from a national sample cohort. *Clin Otolaryngol.* 2019;44(4):534–40. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/coa.13328>
6. Zatarain A, Serrano B, Álvarez Á, Rey E. Independent factors associated with the impact of gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life. *Rev Esp Enfermedades Dig* [Internet]. 2019;111:94–100. Available from: <https://online.reed.es/fichaArticulo.aspx?iarf=458568188646-996761832220>

7. Peters Y, et al. Barrett oesophagus. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. 2019;5(1):35. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0086-z>
8. Mariana G, Núñez C. Erosión dental : una breve revisión. 2021;5(1):67–73.
9. Thone M, Winter D, Kohn B, Napolitano V, Jofré P. Enfrentamiento de lesiones de cavidad oral: clasificación y diagnóstico diferencial. *Rev Otorrinolaringol y cirugía cabeza y cuello*. 2023;83(3):274–87.
10. Talha B, Suman S. Xerostomía. *Natl Libr Med* [Internet]. 2023;StatPearls. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545287/>
11. Barrios C, Martínez S, Encina T. Relación de los niveles de caries y pH salival en pacientes adolescentes. *Ateneo Argentino Odontol RAAO* [Internet]. 2016;LV(1):41–8. Available from: <https://www.ateneo-odontologia.org.ar/articulos/lv01/articulo5.pdf>
12. Parinda IA. Reducción de la dosis de suero de estradiol con puntaje de inventario de xerostomía para mujeres en la menopausia [Internet]. Universidad de Sumatra Utara; 2020. Available from: <http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/26571>
13. Bozzolo P. Manifestaciones orales de enfermedades gastrointestinales, revisión bibliográfica [Internet]. Chile. Universidad Andrés Bello; 2017. Available from: <https://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/4853>
14. Weitz J, Berger Z, Sabah S, Silva H, Riquelme A. Libro Diagnostico y Tratamiento de las Enfermedades Digestivas [Internet]. Sociedad chilena de gastroenterologia. 2017. 1–520 p. Available from: http://sociedadgastro.cl/gastroweb/documentos/2020/Libro-Diagnostico-y-Tratamiento-de-las-Enfermedades-Digestivas-2017_2.pdf
15. Peñaloza A, Barrera M. Manejo endoscópico de la enfermedad por reflujo

- gastroesofágico (ERGE). Reper Med Cir [Internet]. 2023;32(1):92–6. Available from: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1303/2316>
16. Vera V, Talavera J, Rodas L, Torres J, García R, De La Cruz J. Association between gastroesophageal reflux disease and intensity of physical activity in a sample of Peruvian residents. *Med Clin y Soc.* 2022;6(2):80–6.
 17. Yinely G, Quispe R, Erika J, Motta V. Relación entre las erosiones dentales y la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes del Hospital Municipal , Arequipa-2023 [Internet]. Universidad continental; 2023. Available from: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/14368/11/IV_FCS_503_TE_Ramirez_Quispe_2024.pdf
 18. Otero Y, Llapur C, Osorio M. Alteraciones bucales asociadas a la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev Cuba Estomatol* [Internet]. 2020; Available from: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1775>
 19. Torres A, Gómez L, Zambrano G, Bermúdez A. Hallazgos clínicos orales en pacientes diagnosticados con enfermedad de reflujo gastroesofágico. Departamento de gastroenterología, Solca 2017. *Rev Cient Univ Odontol* [Internet]. 2020;8. Available from: <https://revistacientificauod.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/01/03.pdf>
 20. Ranjitkar S, Smales R, Kaidonis J. Oral manifestations of gastroesophageal reflux disease. *J Gastroenterol Hepatol.* 2012;27(1):21–7.
 21. EsSalud Tacna realiza intervenciones de mediana y alta complejidad [Internet]. 2018. Available from: <https://www.essalud.gob.pe/essalud-tacna>

realiza-intervenciones-de-mediana-y-alta-complejidad/

22. Durazzo M, et al. Extra-esophageal presentation of gastroesophageal reflux disease: 2020 update. *J Clin Med.* 2020;9(8):1–21.
23. Espada A. Prevalencia de erosión dental en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico que acuden al servicio de gastroenterología del Centro de Salud la Esperanza, Tacna 2023 [Internet]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2023. Available from: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3602b874-7f40-4c7f-9499-29f13891393b/content>
24. Rivas E. Caracterización del componente bucal en pacientes con reflujo gástrico. 2017;9:61.
25. Condori M. Manifestaciones bucales secundarias al tratamiento oncológico de quimioterapia en pacientes que acuden al hospital III Daniel Alcides Carrión, Tacna-2018. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2019.
26. Masud M, Azhar S, Raza A, Rasheed M, Riaz A, Shahid A. Erosiones dentales: una manifestación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). *Rev pakistaní ciencias médicas y la salud* [Internet]. 2022;16(10). Available from: <https://pjmhsonline.com/index.php/pjmhs/article/view/3127>
27. Larios E. Prevalencia de erosión dentaria en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo atendidos en el 2019 [Internet]. Universidad Nacional Federico Villarreal. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2021. Available from: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5357>
28. Ccuno C. Erosión dental en pacientes con enfermedad por reflujo

- gastroesofágico que acuden al área de gastroenterología en el Hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2017 [Internet]. 2017. Available from: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3275996>
29. Dután F, Lema C, Vélez V. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. RECIAMUC [Internet]. 2019;3(2). Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/354>
 30. Luesma M, Cantarero I, Blas J, Morales I, Trebolle J. Hiatus hernia as a cause of gastroesophageal reflux. Case report. Actual Medica [Internet]. 2019;104(807):121–3. Available from: <https://actualidadmedica.es/wp-content/uploads/807/pdf/cc02.pdf>
 31. Gissell D, et al. Tratamiento farmacológico y no farmacológico del reflujo gastroesofágico pharmacological and non-pharmacological treatment of gastroesophageal reflux. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip [Internet]. 2023;8(4):5309. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/12749/18421>
 32. Valdovinos M, et al. Good clinical practice recommendations for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. An expert review from the Asociación Mexicana de Gastroenterología. Rev Gastroenterol Mex [Internet]. 2024;89(1):121–43. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rgmex.2023.12.002>
 33. Bastón I, Calviño C, Domínguez J. Diagnostic protocol for oesophageal chest pain. Med. 2020;13(7):401–4.
 34. Ortiz Á, Martínez L, Parrilla P. Cirugía Esofagogastrica [Internet]. 2017. 390–448 p. Available from: <https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/libro-esofagogastrica-web.pdf>

35. Laura A, La serna B. Comparativo de la erosión del esmalte dental en dientes permanentes sumergidos en tres tipos de vino: estudio in vitro. Rev la Univ Señor Sipán [Internet]. 2020; Available from: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/1327/1389>
36. Barrancos Julio, Patricio B. Operatoria Dental/ Dental Operation: Integracion Clinica/ Clinical Integration [Internet]. 4th ed. Ed. Médica Panamericana, editor. 2006. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=zDFxeYR8QWwC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
37. Ricketts D BD. Odontología operatoria. 1ra ed. 2013. 1–15 p.
38. Deyvi J, et al. Relación entre el pH bucal y la severidad de la caries dental en estudiantes. Rev Científica Odontol UNITEPC [Internet]. 2023;8–15. Available from: https://www.researchgate.net/publication/378889044_Relacion_entre_el_pH_bucal_y_la_severidad_de_la_caries_dental_en_estudiantes/citations
39. Sinchiguano E. Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años y su relación con el riesgo cariogénico basado en la dieta. 2012;(Figura 1):2–3.
40. Basso ML. Conceptos actualizados en cariología. Rev Asoc Odontol Argent [Internet]. 2019;107(1):25–32. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/998725/5-conceptos-actualizados-en-cariologia.pdf>
41. Fejerskov O, Kidd EAM, Nyvad B et al. Dental caries: the disease and its clinical management. Fejerskov O, Kidd E, editors. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008. 4–6 p.
42. Jara J, Ventura A, De la Cruz G, Perona G. Herramientas Actuales Para El

- Diagnóstico, Manejo Y Control De La Caries Dental. Parte I. Rev Científica Odontológica [Internet]. 2019;7(2):86–96. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046732>
43. Tovar E. Índice De Caries Dental En Gestantes Atendidas En El Centro De Salud De Huancan, Huancayo 2019. Repos Inst - UNH [Internet]. 2021;2–45. Available from: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3650>
 44. Valdez R, et al. Confiabilidad en la medición de caries dental. México: Facultad de estudios superiores Zaragoza; 2018.
 45. Ignacio P, Wike N, Cristóbal A, Donoso F, Navarro W. Mucositis Oral: Actualización en el Diagnóstico, Prevención y Tratamiento Oral Mucositis: Update in Diagnosis, Prevention and Treatment. Int J Odontostomat [Internet]. 2021;15(1):263–70. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2021000100263&script=sci_arttext&tlng=en
 46. Dermatológica E, Solera N, Romero A, Bonías J. Mucositis Oral: Revisión Sistemática Sobre Su Prevención En Pacientes Oncológicos: Enfermería Dermatológica [Internet]. 2021;15(44):8–17. Available from: <https://enfermeriadermatologica.org/index.php/anedidic/article/view/105>
 47. Lalla V, et al. Efficacy and safety of Dentoxol® in the prevention of radiation-induced oral mucositis in head and neck cancer patients (ESDOM): a randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled, phase II trial. Support Care Cancer. 2020;
 48. Fernandez A, Cárdenas D. Tratamientos innovadores para mucositis oral en pacientes pediátricos. 2022; Available from: <https://repositorio.uleam.edu.ec/bitstream/123456789/4541/1/ULEAM-ODON-0102.pdf>

49. Kapourani A, et al. A Review on Xerostomia and Its Various Management Strategies: The Role of Advanced Polymeric Materials in the Treatment Approaches. *Polymers (Basel)* [Internet]. 2022;14(5). Available from: <https://www.mdpi.com/2073-4360/14/5/850>
50. Vidal M. La saliva y los trastornos de las glándulas salivales [Internet]. Universidad Laica “Eloy Alfaro” De Manabí; 2023. Available from: <https://repositorio.ulead.edu.ec/bitstream/123456789/4939/1/ULEAM-ODON-0216.pdf>
51. Ulloa J, Fredes F. Manejo actual de la xerostomía Current management of xerostomia. ARTÍCULO REVISIÓN *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2016;76:243–8.
52. Barbe A. Xerostomía e hiposalivación inducidas por medicamentos en ancianos: culpables, complicaciones y manejo. *Drog Envejec* [Internet]. 2018;35:877–885. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40266-018-0588-5>
53. Lopez X. Prevalencia de xerostomía en pacientes del “centro de reposo sagrado corazón de Jesús” y factores asociados. Universidad Regional Autónoma De Los Andes “Uniandes”; 2023.
54. J 35. Liébana. *Microbiología oral*. 2a ed. Interamericana M-H, editor. Mexico; 2002.
55. Ricra R, Roque J, Alburquerque J, Ricra P, Saldaña C. Enfermedad por reflujo gastroesofágico como factor asociado a asma bronquial en población pediátrica. *Rev la Fac Med Humana*. 2020;20(2):109–14.
56. Mares F, et al. “Detección de lesiones elementales de la mucosa oral y lesiones asociadas al uso de prótesis removibles y su diagnóstico

- diferencial.” *South Florida J Heal*. 2022;3(4):366–78.
57. Medina P, Muñoz M, Navarrete N, Gil G. Estudio piloto sobre el diagnóstico y factores relacionados con la hiposialia en pacientes con xerostomía en una clínica universitaria. *Científica Dent Rev científica Form Contin* [Internet]. 2021;18(3):55–61. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8185652&info=resumen&idioma=ENG%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8185652&info=resumen&idioma=SPA%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8185652>
 58. Solís D, García M. Manifestaciones orales de enfermedades sistémicas. *Rev la Asoc Dent Mex*. 2025;82(2):84–92.
 59. Canaza L. Variación del PH salival con el uso de colutorios bucales con y sin alcohol en pacientes del Centro Salud 9 de Octubre, Juliaca 2022. 2022; Available from: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13821/1/IV_FCS_503_TE_Hilasaca_Canaza_2023.pdf
 60. Dulbecco M, Vargas Rodríguez Y, Guzmán M. Paciente con regurgitación: cómo estudiarla y cuáles son sus principales diagnósticos diferenciales. *Acta gastroenterológica Latinoam* [Internet]. 2021;51(1):29–38. Available from: <https://actagastro.org/paciente-con-regurgitacion-como-estudiarla-y-cuales-son-sus-principales-diagnosticos-diferenciales/>
 61. Gasmi A, Noor S, Menzel A, Gasmi A. Oral Aphthous: Pathophysiology, Clinical Aspects and Medical Treatment. *Arch Razi Inst* [Internet]. 2021;76(5):1155–63. Available from: https://archrazi.areeo.ac.ir/article_125377.html
 62. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas

cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. Editorial Mc Graw Hill
Education. 2018. Available from:
<https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>

ANEXOS

ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

<p>“PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA - 2024”</p>	<p>Problema ¿Cuál es la prevalencia de las manifestaciones orales en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el centro de salud San Francisco, Tacna - 2024?</p>	<p>Objetivo General: Determinar las manifestaciones orales en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el centro de salud San Francisco, Tacna – 2024</p>	<p>Hipótesis General: Por tratarse de un estudio de diseño descriptivo no se realizará hipótesis alguna.</p>	<p>Variable: Reflujo Gastroesofágico</p> <p>Variable: Manifestaciones orales</p> <p><u>Dimensiones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manifestaciones en tejidos blandos: mucositis - Manifestaciones en tejidos duros: erosión dental y caries dental - Xerostomía 	<p>Enfoque y nivel de la investigación Enfoque cuantitativo y nivel descriptivo</p> <p>Tipo y diseño de investigación De diseño no experimental, de corte transversal, descriptivos</p> <p>Población y muestra Está constituida por pacientes mayores de 18 años que son diagnosticados con reflujo gastroesofágico y atendidos en el centro de salud San Francisco de Tacna desde el mes de enero del año del 2023 hasta el mes de diciembre del año 2024, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y</p>
	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>a. Determinar las manifestaciones en los tejidos blandos de la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de</p>	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>a. Determinar las manifestaciones en los tejidos blandos de la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de</p>	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>a. Determinar las manifestaciones en los tejidos blandos de la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de</p>	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>a. Determinar las manifestaciones en los tejidos blandos de la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de</p>	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>a. Determinar las manifestaciones en los tejidos blandos de la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de</p>

		<p>reflujo gastroesofágico centro de salud San Francisco, Tacna – 2024.</p> <p>b. Determinar las manifestaciones en los tejidos duros de la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico centro de salud San Francisco, Tacna – 2024.</p> <p>c. Determinar la xerostomía en la cavidad oral de los pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico centro de salud San Francisco, Tacna – 2024.</p>			<p>exclusión del presente estudio.</p> <p>Técnicas e Instrumentos:</p> <p>Técnica de observación</p> <p>Ficha de recolección de datos que contiene datos de identificación, fecha, grado de reflujo gastroesofágico con el Sistema de clasificación según la Conferencia del Consenso De Montreal e instrumentos para: la medición de mucositis a través de la escala de valoración de mucositis (OMS), la medición de la xerostomía a través del flujo salival en reposo, la medición de la erosión dental a través del grado de erosión y la medición de lesiones cariosas a través del índice CPO-D; que están validados por la OMS.</p>
--	--	--	--	--	--

ANEXO 2

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO,....., de..... años de edad y con DNI nº....., manifiesto que he sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer el examen clínico oral que me realicen para cubrir los objetivos del Proyecto de Investigación titulado: **“PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA - 2024”**

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos. La presente ficha es libre y voluntaria.

Tomando ello en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que este examen tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

FECHA: _____

FIRMA: _____

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA – 2024”

DATOS GENERALES

Nombre:..... Edad:.....
 Sexo: Femenino () Masculino ()

CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO =

	CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Síndromes esofágicos	ERGE NO EROSIVA	Presenta síndromes sintomáticos sin lesión esofágica: síndrome típico (regurgitación, pirosis, disfagia, odinofagia) y síndrome de dolor torácico por reflujo
	ERGE EROSIVA	Presenta síndromes sintomáticos con lesión esofágica: esofagitis por reflujo, estenosis por reflujo, esófago de Barret, y/o adenocarcinoma de estómago.
Síndromes extraesofágicos	ATÍPICO	Presenta tos por reflujo, laringitis por reflujo, asma por reflujo, faringitis

GRADO DE MUCOSITIS =

CATEGORÍA	GRADO	DESCRIPCIÓN
AUSENCIA	0	Sin cambios
BAJO	1	Dolor bucal, eritema
MODERADO	2	Eritema, úlceras; puede comer sólidos
ALTO	3	Úlceras, requiere solo dieta líquida
	4	La alimentación no es posible

GRADO DE EROSION DENTAL SEGUN ECCLES Y JENKINS =

CATEGORÍA	GRADO	DESCRIPCIÓN
AUSENCIA	0	No hay evidencia clínica de pérdida de estructura dental
BAJO	1	Perdida de estructura dental en la superficie vestibular, lingual u oclusal, sin involucrar dentina
MODERADO	2	Exposición dentina menor a 1/3 de la superficie dental
ALTO	3	Exposición dentina mayor a 1/3 de la superficie dental

FLUJO SALIVAL (en reposo) =

VOL, SALIVAL EN REPOSO (ML/MIN)
Normal $\geq 0,3\text{ml/min}$
Reducido $0,1 < y < 0,3 \text{ ml/min}$
Hipo salivación $\leq 0,1 \text{ ml/min}$

ÍNDICE DE CPO-D (OMS) =

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

	CODIGOS
0	Espacio vacío
1	Cariado
2	Obturado
3	Extraído
4	Extracción indicada
5	Sano

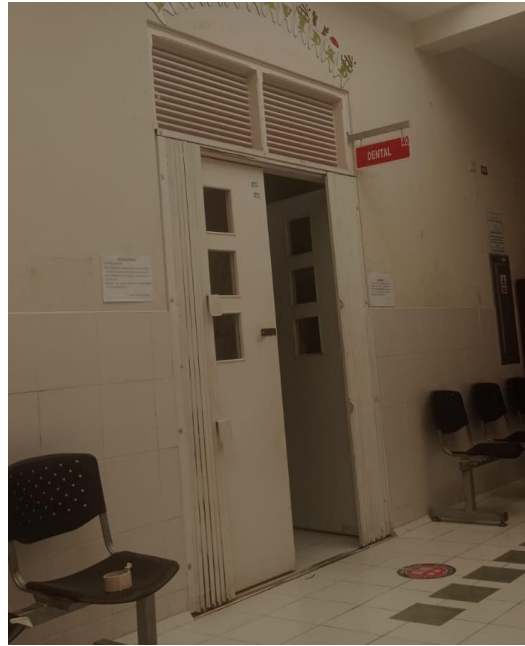
CATEGORIA	PUNTAJE
Muy bajo	0,0-1,1
Bajo	1,2-2,6
Moderado	2,7-4,4
Alto	4,5-6,5
Muy alto	>6,6

C	O	E	EI	CPOD

CUADRO RESUMEN

REFLUJO GASTROESOFAGICO		MANIFESTACIONES ORALES							
		MUCOSITIS		XEROSTOMÍA (flujo salival)		EROSIÓN DENTAL		CARIES	
CLASIFICACIÓN	No Erosivo	Valor		Valor		Valor		Valor	
	Erosivo	Categoría	Ausencia	Categoría	Normal	Categoría	Ausencia	Categoría	Muy bajo
			Bajo		Reducido		Bajo		Bajo
			Moderado		Hiposalivación		Moderado		Alto
	Atípico	Categoría	Alto	Categoría		Categoría	Alto	Categoría	Muy alto

ANEXO 4
ICONOGRAFÍA



Servicio de odontología en el Centro de salud San Francisco.



Consultorios brindados para poder realizar el estudio.



Revisión de Historias Clínicas de pacientes con Reflujo Gastroesfágico



Evaluación oral de pacientes con Reflujo Gastroesofágico en el C.S. San Francisco



Llenado de los formatos con los datos encontrados en cada paciente





Fotografías extraorales de pacientes con Reflujo Gastroesofágico que presentan resequedad bucal o disminución del flujo salival



Fotografía intraoral de paciente con Reflujo Gastroesofágico que presenta mucositis

Fotografías intraorales de paciente con reflujo gastroesofágico que presenta erosión dental y caries dental



ANEXO 5

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DATOS

PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA – 2024

N°	EDAD	SEXO	TIPO DE ERGE	MUCOSITIS			EROSION DENTAL			XEROSTOMÍA			CARIES DENTAL					
				PRESENTA	VALOR	NIVEL DE RIESGO	PRESENTA	VALOR	NIVEL DE RIESGO	PRESENTA	VALOR	NIVEL DE RIESGO	C	O	E	EI	VALOR	NIVEL DE RIESGO
1	53	F	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	1	Bajo	NO	0.3	Ausencia	1	4	1	0	6	Alto
2	77	M	E. EROSIVA	SI	3	Alto	SI	3	Alto	SI	0.1	Alto	1	6	2	2	11	Muy alto
3	48	F	E. EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	3	Alto	SI	0.1	Alto	5	1	3	1	10	Muy alto
4	40	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	5	2	1	0	8	Muy alto
5	58	M	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	3	Alto	SI	0.2	Moderado	8	0	13	1	22	Muy alto
6	22	F	E. ATIPICO	NO	0	Ausencia	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	3	2	0	0	5	Alto
7	36	F	E. EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	3	Alto	SI	0.1	Alto	4	1	1	0	6	Alto
8	46	F	E. ATIPICO	NO	0	Ausencia	SI	2	Moderado	NO	0.3	Ausencia	2	4	1	0	7	Muy alto
9	48	M	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	2	Moderado	SI	0.25	Moderado	6	0	5	2	13	Muy alto
10	33	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	1	Bajo	SI	0.2	Moderado	4	3	0	0	7	Muy alto
11	49	M	E. EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	3	Alto	SI	0.05	Alto	2	5	2	1	10	Muy alto
12	55	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	2	Moderado	SI	0.05	Alto	2	2	1	0	5	Alto
13	45	F	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	2	Moderado	SI	0.1	Alto	5	1	2	1	9	Muy alto
14	40	F	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	7	0	0	2	9	Muy alto
15	52	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	1	Bajo	NO	0.3	Ausencia	1	4	2	1	8	Muy alto
16	49	M	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	3	Alto	NO	0.3	Ausencia	4	2	1	0	7	Muy alto
17	36	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	4	4	3	1	12	Muy alto

18	24	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	1	Bajo	SI	0.2	Moderado	5	0	1	0	6	Alto
19	19	F	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	1	Bajo	NO	0.3	Ausencia	5	2	1	0	8	Muy alto
20	65	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	3	Alto	SI	0.2	Moderado	3	3	2	2	10	Muy alto
21	53	F	E. EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	2	Moderado	SI	0.1	Alto	2	2	0	1	5	Alto
22	52	F	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	2	6	9	0	17	Muy alto
23	27	F	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	1	1	3	2	7	Muy alto
24	69	F	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	3	Alto	SI	0.1	Alto	2	4	0	1	7	Muy alto
25	24	F	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	3	1	2	0	6	Alto
26	63	M	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	3	Alto	SI	0.2	Moderado	2	3	4	0	9	Muy alto
27	18	M	E. EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	1	0	5	1	7	Muy alto
28	25	M	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	1	4	0	0	5	Alto
29	43	M	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	1	Bajo	SI	0.1	Alto	0	3	2	4	9	Muy alto
30	29	F	E. EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	3	13	5	0	21	Muy alto
31	24	M	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	2	2	4	6	14	Muy alto
32	69	M	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	2	Moderado	NO	0.3	Ausencia	5	2	2	2	11	Muy alto
33	58	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	2	Moderado	SI	0.05	Alto	1	1	9	0	11	Muy alto
34	26	F	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	2	Moderado	NO	0.3	Ausencia	3	2	5	5	15	Muy alto
35	34	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	5	3	1	0	9	Muy alto
36	73	F	E. EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	3	Alto	SI	0.1	Alto	5	0	0	5	10	Muy alto
37	48	M	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	2	1	4	5	12	Muy alto
38	58	M	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	NO	0	Ausencia	SI	0.2	Moderado	4	4	3	4	15	Muy alto
39	44	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	2	0	3	2	7	Muy alto
40	34	M	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	2	Moderado	SI	0.05	Alto	5	4	2	2	13	Muy alto
41	55	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	3	1	0	6	10	Muy alto
42	62	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	3	4	0	1	8	Muy alto


43	24	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	2	Moderado	SI	0.1	Alto	2	1	4	2	9	Muy alto
44	50	F	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	1	Bajo	SI	0.2	Moderado	3	0	8	1	12	Muy alto
45	42	M	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	1	Bajo	SI	0.2	Moderado	0	2	1	3	6	Alto
46	61	F	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	1	Bajo	SI	0.1	Alto	4	0	6	5	15	Muy alto
47	23	F	E. EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	1	Bajo	SI	0.2	Moderado	7	0	4	0	11	Muy alto
48	37	M	E. EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	3	Alto	SI	0.05	Alto	3	4	1	1	9	Muy alto
49	88	M	E. EROSIVA	SI	3	Alto	SI	3	Alto	SI	0.2	Moderado	3	2	2	0	7	Muy alto
50	50	F	E. ATIPICO	NO	0	Ausencia	SI	1	Bajo	SI	0.2	Moderado	5	2	1	5	13	Muy alto
51	50	F	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	2	Moderado	SI	0.1	Alto	4	4	1	5	14	Muy alto
52	45	M	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	2	Moderado	NO	0.4	Ausencia	2	7	1	0	10	Muy alto
53	32	F	E. NO EROSIVA	SI	3	Alto	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	2	1	2	0	5	Alto
54	46	F	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	2	Moderado	SI	0.1	Alto	2	2	1	0	5	Alto
55	56	F	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	1	3	5	5	14	Muy alto
56	28	F	E. EROSIVA	SI	3	Alto	SI	3	Alto	SI	0.05	Alto	1	7	0	0	8	Muy alto
57	47	F	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	2	4	4	0	10	Muy alto
58	57	F	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	3	Alto	SI	0.1	Alto	6	2	9	0	17	Muy alto
59	80	F	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	1	Bajo	SI	0.2	Moderado	4	2	3	1	10	Muy alto
60	36	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	3	0	2	3	8	Muy alto
61	41	M	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	0	3	2	5	10	Muy alto
62	37	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	1	Bajo	NO	0.3	Ausencia	5	2	1	3	11	Muy alto
63	26	F	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	6	1	0	0	7	Muy alto
64	23	F	E. NO EROSIVA	NO	0	Ausencia	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	1	0	0	4	5	Alto
65	30	F	E. NO EROSIVA	SI	2	Moderado	SI	2	Moderado	SI	0.2	Moderado	10	2	5	0	17	Muy alto
66	96	M	E. EROSIVA	SI	1	Bajo	SI	3	Alto	SI	0.05	Alto	6	3	2	4	15	Muy alto
67	41	F	E. NO EROSIVA	SI	1	Bajo	NO	0	Ausencia	SI	0.1	Alto	2	4	0	4	10	Muy alto

ANEXO 6

**INDICE CPOD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO,
TACNA-2024**

# de O.D.	Cariados		Obturados		Extraídos		Extracción indicada	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0	3	4.5	12	17.9	13	19.4	27	40.3
1	10	14.9	11	16.4	16	23.9	13	19.4
2	16	23.9	17	25.4	14	20.9	9	13.4
3	11	16.4	8	11.9	6	9.0	3	4.5
4	8	11.9	13	19.4	6	9.0	5	7.5
5	11	16.4	1	1.5	6	9.0	8	11.9
6	4	6.0	2	3.0	1	1.5	2	3.0
7	2	3.0	2	3.0				
8	1	1.5			1	1.5		
9					3	4.5		
10	1	1.5						
13			1	1.5	1	1.5		
Total	67	100.0	67	100.0	67	100.0	67	100.0

ANEXO 7

	REDST RED SALUD TACNA	Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres "Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"
---	---------------------------------------	--

MEMORANDO N°/031-2024-AFI-UESA-ODI-DE-REDS.T/DRS.T/GOB.REG.TACNA

A : MED. WILBER JUAN TAPIA EPINOZA
Jefe del Centro de Salud San Francisco

DE : MGR. ESP C.D. YANETH MARIELA VIZCARRA AROCUTIPA
Directora Ejecutiva de la Red de Salud Tacna




ASUNTO : FACILIDADES A PERSONAL

FECHA : Tacna, 26 de noviembre del 2024

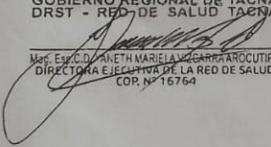
Por medio del presente tengo a bien presentar al bachiller de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, **Ximena Dayana Butron Alvarez**, quien ejecutará el Proyecto de Tesis Titulado "Prevalencia de Manifestaciones orales en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Centro de Salud San Francisco, Tacna - 2024" aprobado con Resolución de Facultad N° 13241-2024-FACS-UNJBG.

Consecuentemente, agradeceré su atención brindando las facilidades correspondientes para el desarrollo del Proyecto en mención.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
DRST - RED DE SALUD TACNA


MGR. ESP. C.D. YANETH MARIELA VIZCARRA AROCUTIPA
DIRECTORA EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD
COP. N° 16764

C.c. Archivo
YMVA/LCCH/FCL/DAFF

Av. Gregorio Albarracín N°526
Pág. Web: www.redsaludtacna.gob.pe
Tacna - Perú



REDST
RED
SALUD
TACNA

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

N° 070-2024-AFI-UESA-ODI-DE-REDST



AUTORIZACIÓN

LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD, DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TACNA, AUTORIZA A:

XIMENA DAYANA BUTRON ALVAREZ

BACHILLER DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, A FIN DE EJECUTAR EL PROYECTO DE TESIS TITULADO: "PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA - 2024" APROBADO CON RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 13241-2024-FACS-UNJBG, POR LO QUE SÍRVASE BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO EN MENCIÓN

Tacna, 26 de noviembre del 2024



YMVA/LCCH/FCL/DAFF