



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Nivel de conocimiento sobre la atención de pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudiantes de estomatología de una Universidad Privada de Piura, 2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Cirujano Dentista

AUTORA:

Rojas Ladines, Giuliana Estefany (ORCID: 0000-0002-9363-7291)

ASESOR:

Mg. C.D. Herrera Plasencia, Paul Martin (ORCID: 0000-0003-4901-8933)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades infecciosas y transmisibles

PIURA – PERÚ

2020

Dedicatoria

A mis padres por todo el apoyo brindado durante mi formación.

A mi hija Regina, mi compañera quien es mi motivación en mi vida para seguir adelante.

Agradecimiento

A Dios, por guiar mis pasos, por llevarme por el buen camino del bien y darme las fuerzas que necesito día a día para salir adelante.

A mis padres por todo su apoyo y amor brindado en cada instante de mi vida.

A todos mis docentes por sus enseñanzas y formar buenos profesionales en especial a mi asesor Mg. CD. Paul Martín Herrera Plasencia quien ha sido mi guía para culminar este trabajo de investigación

Índice de contenidos

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Índice de contenidos	4
Índice de tablas	6
Índice de gráficos y figuras.....	7
Resumen	8
Abstract	9
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. MARCO TEÓRICO.....	13
III. METODOLOGÍA.....	18
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	18
3.2. Variables y operacionalización	18
3.3. Población, muestra y muestreo	18
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
3.5. Procedimientos.....	19
3.6. Método de análisis de datos	20
3.7. Aspectos éticos.....	20
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN.....	24
VI. CONCLUSIONES.....	26
VII. RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS.....	28
ANEXOS.....	33
ANEXO 1	33
ANEXO 2	34
ANEXO 3	35

Índice de tablas

Tabla 1. Nivel de conocimiento de los estudiantes de Estomatología sobre la atención en pacientes con diabetes mellitus tipo II en una universidad privada de la ciudad de Piura, 2019	21
Tabla 2. Nivel de conocimiento de los estudiantes de estomatología del según sexo sobre la atención en pacientes con diabetes mellitus tipo II en una universidad privada de la ciudad de Piura, 2019.....	22
Tabla 3. Nivel de conocimiento de los estudiantes de estomatología del según ciclo sobre la atención en pacientes con diabetes mellitus tipo II en una universidad privada de la ciudad de Piura, 2019.....	23

Índice de gráficos y figuras

Figura 1. Proceso de recolección de datos. Aplicación de encuesta en alumnos de sexto ciclo.....	47
Figura 2. Proceso de recolección de datos. Aplicación de encuesta en alumnos de sexto ciclo.....	48
Figura 3. Proceso de recolección de datos. Aplicación de encuesta en alumnos de séptimo ciclo.....	48
Figura 4. Proceso de recolección de datos. Aplicación de encuesta en alumnos de séptimo ciclo.....	49
Figura 5. Proceso de recolección de datos. Aplicación de encuesta a alumnos de octavo ciclo	49

Resumen

El presente estudio fue de tipo descriptivo y transversal, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre la atención en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en estudiantes de Estomatología en una Universidad Privada de la ciudad de Piura, 2019. La muestra estuvo constituida por 79 alumnos del 6to al 10 ciclo, que cumplieron los criterios de selección quienes completaron un cuestionario de 20 preguntas cerradas. Se encontró que el 72.2% de los alumnos tienen nivel bajo de conocimiento mientras que el 27.8% un nivel medio; así mismo la mayoría de alumnos del sexo femenino y masculino tienen nivel bajo 51.8% y 20.2% respectivamente, y respecto al ciclo, la mayoría de alumnos del 6to al 10 mo ciclo tienen nivel bajo de conocimientos sobre la atención de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Palabras clave: Diabetes mellitus, conocimiento, estudiantes

Abstract

The present study was descriptive and cross-sectional, aimed to determine the level of knowledge about the care of patients with Type II Diabetes Mellitus in Stomatology students at a Private University of the city of Piura, 2019. The sample consisted of 79 students from the 6th to the 10th I, who met the selection criteria who completed a questionnaire of 20 closed questions. It was found that 72.2% of the students have a low level of knowledge while 27.8% have a medium level; Likewise, the majority of female and male students have a low level of 51.8% and 20.2% respectively, and regarding the cycle, the majority of students from the 6th to the 10th have a low level of knowledge about the care of patients with Diabetes Mellitus type II.

Keywords: Diabetes mellitus, knowledge, students

I. INTRODUCCIÓN

En 2014, se estimó que 422 millones de adultos vivían con diabetes mellitus (DM) en todo el mundo. La prevalencia mundial de diabetes en la población adulta casi se ha duplicado desde 1980, pasando del 4,7% al 8,5%.¹ La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica que conduce a la hiperglucemia y se clasifica en cuatro categorías generales: tipo 1, tipo 2, diabetes gestacional y otros tipos específicos de diabetes.²

La hiperglucemia puede causar varias complicaciones en los principales órganos y sistemas del cuerpo.³ Aunque no se discute comúnmente en el cuidado de la diabetes, todos los que padecen esta enfermedad y no la controlan tienen mayor probabilidad de iniciar problemas de salud bucal, particularmente enfermedad periodontal (de las encías).⁴ La enfermedad periodontal, que incluye tanto la gingivitis como la periodontitis, es un trastorno inflamatorio común causado por la microflora patógena en la biopelícula que se forma junto a los dientes a diario.⁵

La gingivitis es una enfermedad inflamatoria limitada a la encía y puede ser reversible con una higiene bucal eficaz, mientras que la periodontitis es la etapa avanzada en la que la afección se prolonga intensamente a los tejidos causando el deterioro del tejido conectivo de soporte y del hueso alveolar.⁶ La destrucción del tejido en la periodontitis da como resultado la ruptura de las fibras de colágeno del ligamento periodontal y conduce a la formación de bolsas periodontales entre la encía y el diente.⁷

La periodontitis es una enfermedad que progresa lentamente, pero la destrucción del tejido es en gran parte irreversible. Además, las bacterias ubicadas dentro de las bolsas periodontales son patógenas y altamente inflamatorias y algunas tienen la capacidad de sobrevivir en el torrente sanguíneo e infectar otras áreas del cuerpo. La periodontitis moderada afecta aproximadamente al 40-60% de los adultos en todo el mundo.⁸

Está bien establecido que la diabetes y la periodontitis están directamente relacionadas. La hiperglucemia afecta los resultados periodontales y la periodontitis también afecta negativamente los valores de glucemia en sangre y empeora las complicaciones de la diabetes.⁹ Las vías mecánicas que vinculan la

diabetes y la periodontitis no se comprenden claramente en ausencia de hallazgos experimentales de estudios clínicos.¹⁰ Sin embargo, la información actual respalda la posible interacción compleja que involucra aspectos de la inflamación, el funcionamiento del sistema inmunológico.¹¹

Se cree que la hiperglucemia aumenta los niveles de varias citocinas y mediadores en la saliva y el líquido crevicular gingival (GCF), el estrés oxidativo en los tejidos periodontales y la formación de productos finales de glicación avanzada (AGE).¹² La interacción AGE-RAGE (Receptor for AGE) conduce a la respuesta inflamatoria exagerada y la destrucción del tejido periodontal que se observa en la diabetes.¹³ De manera similar, la periodontitis promueve medidas de estrés oxidativo sistémico y eleva los niveles séricos de proteína C reactiva y otros reactivos de fase aguda y biomarcadores de estrés oxidativo. La inflamación crónica que no se resuelve derivada de la enfermedad periodontal también afecta el control de la diabetes (HbA1C elevada) y las complicaciones.¹⁴ A la luz de esto, la evidencia actual de los estudios de intervención sugiere que el tratamiento periodontal puede mejorar el control de la glucosa en sangre, aunque esta evidencia a menudo se considera de baja calidad debido a la heterogeneidad de los estudios y al pequeño tamaño de la muestra.¹⁵

Teniendo en cuenta el impacto de la enfermedad periodontal en la diabetes y los beneficios de las buenas prácticas de salud bucal para minimizar el riesgo de enfermedad periodontal, es importante garantizar que las personas con diabetes estén motivadas para adoptar buenas conductas de higiene bucal y que se les proporcione una evaluación de riesgos y derivaciones dentales como una parte del cuidado rutinario de la diabetes.¹⁶ Varios estudios realizados en todo el mundo han evaluado el conocimiento, la actitud y las prácticas de las personas con diabetes en relación con el cuidado de la salud bucal, sin embargo, aún no se ha realizado una síntesis de estos resultados.¹⁷⁻²⁰

Llevar a cabo esta investigación es importante ya que el conocimiento o la alfabetización adecuados en salud bucal se asocian positivamente con buenas conductas de salud bucal, como una mayor frecuencia de cepillado y visitas al dentista y buena salud periodontal. Además, los comportamientos de salud bucal están influenciados por los determinantes sociales de la salud.²¹ Aquellos que

están en desventaja o pertenecen a grupos socioeconómicos más bajos a menudo tienen hábitos poco saludables, conocimientos y actitudes deficientes hacia la salud bucal y la aceptación de los servicios dentales y, por lo tanto, es más probable que sufran la carga de las enfermedades bucodentales.²²

El profesional en odontología necesita estar bien capacitado en la atención de pacientes con Diabetes. En ese sentido esta investigación tendrá como objetivo general determinar el nivel de conocimiento sobre la atención de pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudiantes de estomatología El cual se responderá con los siguientes objetivos específicos: Determinar el nivel de conocimiento según ciclo académico y determinar el nivel de conocimiento según sexo.

II. MARCO TEÓRICO

DeBiase, et al²³ (2020) en E.E.U.U. Su propósito fue determinar el conocimiento, las actitudes, las prácticas y las barreras que enfrentan los higienistas dentales clínicos con respecto a la evaluación y las pruebas de detección del riesgo de diabetes. Se utilizó un diseño de método mixto con una muestra de conveniencia de higienistas dentales en la práctica clínica (n = 316). Los participantes fueron reclutados a través de múltiples grupos de Facebook de higiene dental. Los higienistas dentales tenían altos puntajes en conocimientos sobre diabetes y salud bucal, aunque muchos desconocían los estatutos y regulaciones específicos de sus estados para las prácticas de detección. Casi todos (95,9%) tenían probabilidades de educar y derivar a los pacientes (82%), aunque menos de la mitad (40,9%) tenían probabilidades de realizar exámenes de detección de diabetes en el consultorio. Los temas emergentes para las barreras a la detección fueron tiempo, dinero, aceptación / voluntad del paciente, falta de educación, no tener las herramientas adecuadas y las reglas y regulaciones estatales. Concluyeron que a pesar de los altos puntajes de conocimiento sobre la diabetes y la salud bucal, existe una brecha en lo que respecta a la voluntad de los higienistas dentales de realizar exámenes de detección de diabetes en un entorno clínico.

AlShwaimi et al²⁴ (2019) en Arabia Saudita. Su objetivo fue evaluar el conocimiento de los dentistas y asistentes dentales que ejercen en Arabia Saudita sobre la diabetes mellitus (DM) y las enfermedades periodontales. Se utilizó un cuestionario pre-probado, cerrado y de opción múltiple que abarca 2 apartados principales: la evaluación de la formación y la práctica educativas previas, y el conocimiento y la base científica sobre la DM y las enfermedades periodontales. Las respuestas se agruparon mediante la escala tipo Likert. De los 365 sujetos inicialmente entrevistados, participaron 239 sujetos (tasa de respuesta 65,5%): odontólogos generales (45,6%) e higienistas y asistentes dentales (54,4%). De los dentistas participantes, el 70,4% eran hombres; por el contrario, el 87,7% de los asistentes dentales eran mujeres. El 85% de los participantes estuvo totalmente de acuerdo en que la evidencia apoya la asociación entre las enfermedades periodontales y la DM. Sorprendentemente, los asistentes dentales (78%)

coincidieron más que los dentistas (68,5%) en que los pacientes diabéticos con enfermedades periodontales tendrían un peor control glucémico en comparación con los pacientes diabéticos sin enfermedades periodontales. El 75% de los encuestados confiaba en realizar exámenes de salud bucal para pacientes diabéticos. Concluyeron que tanto los dentistas como los asistentes dentales en Arabia Saudita revelaron un nivel de conocimiento satisfactorio con respecto a las interacciones entre la enfermedad periodontal y la diabetes sin diferencias significativas entre los dos grupos.

Barylo et al²⁵ (2018) en Ucrania. Su objetivo fue estudiar las características del estado de salud bucal de los pacientes con diabetes mellitus y el efecto de la salud bucal sobre la calidad de vida. Se realizó una encuesta estándar de salud bucal de 220 pacientes de ambos sexos con diabetes mellitus de 40 a 60 años. Los pacientes están bajo observación del dispensario en el dispensario endocrino regional de Vinnytsia. La tasa de incidencia de caries por el índice CPOD para todos los pacientes encuestados fue alta. Dentro de la estructura del índice CPOD, en todos los grupos de edad, destaca un alto porcentaje de dientes extraídos. La prevalencia de caries dental llega al 100% en todos los grupos encuestados; El 78% de los encuestados informó de un deterioro de la calidad de vida inducido por dolor, malestar u otros problemas bucales. Concluyeron que la diabetes mellitus tiene un efecto directo sobre la salud bucal. Debe elevarse el nivel de atención médica y dental preventiva para los pacientes diabéticos.

Wu et al²⁶ (2017) en E.E.U.U. Su objetivo fue determinar los predictores asociados con el ámbito de la educación y capacitación en autocontrol de la diabetes (DSME) y su impacto en la adherencia a la medicación antidiabética oral (OAD). Los datos del componente de hogares de la Encuesta del Panel de Gastos Médicos (MEPS-HC) (2010-2012) identificaron a adultos con diabetes a los que se les recetó medicación (s) OAD que completaron una Encuesta de Atención de la Diabetes (DCS) complementaria. Con base en las respuestas de DCS a las preguntas sobre la cantidad y el tipo de lugar (s) DSME, se crearon dos grupos: (1) lugares múltiples (un médico o profesional de la salud más Internet y / o clases grupales) vs (2) lugar único (médico o profesional de la salud solamente). El índice de posesión de medicación (MPR) midió la adherencia a la medicación, con

0,80 como punto de corte que define la adherencia. La regresión logística examinó los factores asociados con el lugar de DSME y su efecto sobre la adherencia a la medicación OAD. De los 2119 encuestados, el 41,6% recibió DSME de varios lugares. La edad (<65 años), el nivel de educación (universitario o superior), los ingresos altos y la modificación de la dieta se asociaron significativamente con la recepción de DSME de múltiples lugares. En lugares únicos frente a múltiples, la adherencia a la medicación fue subóptima (MPR media 0,66 frente a 0,64, $p = 0,245$), y el lugar no mostró influencia sobre la adherencia (OR: 0,92, IC del 95%, 0,73-1,16). Concluyeron que las características sociodemográficas influyen en el lugar donde los adultos con diabetes reciben DSME. Agregar diferentes lugares de DSME puede no abordar la adherencia a la medicación de OAD subóptima.

Fitzgerald et al²⁷ (2016) en E.E.U.U. Tuvo como objetivo examinar la confiabilidad y validez de la prueba revisada de conocimiento de la diabetes (DKT2). La prueba original se actualizó para reflejar las pautas actuales de educación y cuidado de la diabetes. La prueba tiene 2 componentes: una prueba general de 14 ítems y una subescala de uso de insulina de 9 ítems. Se utilizaron dos muestras para evaluar el DKT2. El primero provino de una empresa de encuestas en línea (Qualtrics, LCC) ($n = 101$) y el segundo del Registro de Diabetes de la Universidad de Michigan (UofM) ($n = 89$). Se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para calcular la confiabilidad. Para examinar la validez, se completaron las comparaciones por tipo de diabetes, uso de insulina y medicación oral y nivel educativo. Se calcularon las correlaciones entre la duración de la diabetes y la prueba general y la subescala de insulina para la muestra de UofM. Las dos muestras diferían demográficamente. Si bien las confiabilidades entre las muestras fueron dispares, cuando se combinaron, los coeficientes alfa demostraron confiabilidad tanto para la prueba general (77) como para la subescala de uso de insulina (84). Las comparaciones de validación resultaron ser similares; Ocurrieron resultados diferentes entre las muestras, pero cuando se combinaron demostraron validez. Concluyeron que las pruebas de confiabilidad y validez fueron inconsistentes por muestra. Los diferentes resultados pueden atribuirse, en parte, a las diferencias demográficas entre las 2 muestras. Con la excepción de la edad, las muestras diferían en todas las demás variables medidas. Sin embargo, cuando se

combinaron las muestras, los análisis respaldaron la confiabilidad y validez de la Prueba de conocimiento sobre diabetes 2. El DKT2 es un método rápido y de bajo costo para evaluar el conocimiento general sobre la diabetes y el autocuidado de la diabetes.

La diabetes es un término que identifica algunas enfermedades caracterizadas por poliuria (producción abundante de orina), polidipsia (ingestión abundante de agua) y polifagia (hambre excesiva).²⁸ Comúnmente el término se utiliza para indicar una enfermedad crónica, que puede incluirse en el grupo de enfermedades conocidas como diabetes mellitus, caracterizada por una alta concentración de glucosa en la sangre, que a su vez es causada por una falta total o parcial de insulina en el organismo humano, una hormona que disminuye la concentración de glucosa en la sangre.²⁹

La diabetes mellitus es una forma de diabetes o un grupo de trastornos metabólicos unidos por el hecho de una inestabilidad persistente del nivel de glucosa en sangre, pasando de condiciones de hiperglucemia, más frecuentes, a condiciones de hipoglucemia. Aunque el término diabetes se refiere en la práctica común a la única condición de diabetes mellitus; que es dulce, hay otra condición patológica llamada diabetes insípida.³⁰ El porcentaje de población mundial afectada se estima en alrededor del 5%. Aproximadamente el 90% de la población diabética está afectada por DM tipo 2.³¹ La OMS estima que habrá un tremendo aumento en la prevalencia de DM en los EE. UU., Medio Oriente y el sudeste asiático, mientras que el aumento en Europa será más modesto.³²

En 2030, se esperan más de 360 millones de personas enfermas. Hubo una mayor prevalencia en mujeres: (m: f = 1: 1,25). Un estudio de jóvenes de 15 a 29 años con diabetes tipo 1 tuvo una mayor incidencia en hombres que en mujeres, quizás debido a factores como las hormonas sexuales o una exposición diferente a las toxinas ambientales.³³ Las complicaciones de la diabetes pueden ser diferentes y diseminarse por todo el cuerpo.³⁴ Entre las complicaciones de la diabetes mellitus se reconocen las macroangiopatías diabéticas, con fenómenos de aterosclerosis; úlceras diabéticas, síndrome del túnel carpiano, glaucoma, neuropatías diabéticas, cataratas, infecciones orales o dermatológicas y

parodontopatías. También reconocemos microangiopatías diabéticas, por lo tanto nefropatías, retinopatías y neuropatías del sistema nervioso periférico.³⁵

Esta mayor susceptibilidad a desarrollar infecciones en diferentes distritos, incluido el oral, es de enorme interés dental.³⁶ Además, existe una predisposición al desarrollo de periodontopatía; todo esto hace que el paciente sea diabético, un paciente a tratar desde el punto de vista odontológico.³⁷ Entre las complicaciones de la diabetes mellitus se reconocen las macroangiopatías diabéticas, con fenómenos de aterosclerosis; úlceras diabéticas, síndrome del túnel carpiano, glaucoma, neuropatías diabéticas, cataratas, infecciones orales o dermatológicas y parodontopatías.³⁸ También reconocemos microangiopatías diabéticas, por lo tanto nefropatías, retinopatías y neuropatías del sistema nervioso periférico.³⁹⁻⁴⁰

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: Aplicada

Diseño de investigación: descriptivo y transversal. Descriptivo porque describirá hechos sin intervención del investigador. Transversal I porque se mide una sola vez las.¹¹

3.2. Variables y operacionalización

Variable descriptiva: Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de pacientes diabéticos

Definición conceptual: Conocimiento de cómo se debe tratar en la consulta odontológica a un paciente diabético.

Definición operacional: Aplicación de un cuestionario validado por Castillo⁷ en el 2014, para medir el nivel de conocimiento de la atención odontológica de paciente con Diabetes mellitus. (Anexo 5).

3.3. Población, muestra y muestreo

Población: El marco poblacional está conformado por 144 estudiantes de estomatología del sexto al décimo ciclo de la Universidad César Vallejo.

Criterios de inclusión: Alumnos que deseen participar del estudio.

Criterios de exclusión: Alumnos que no asistieron a clase el día que se aplicó el cuestionario.

Muestra La selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia de acuerdo a los criterios de inclusión, quedando representada por 79 estudiantes, porque la selección de los sujetos a estudio dependerá de ciertas características, criterios, etc. que se consideren en ese momento. Por conveniencia, porque se seleccionará a los estudiantes de estomatología de acuerdo a su disponibilidad en el periodo de investigación. Consecutivo, porque se encuestará a los alumnos hasta completar el tamaño de la muestra. Intencional, porque se seleccionarán a los estudiantes según criterios de inclusión y exclusión.¹²

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó un cuestionario validado por Castillo⁷ que consta de 20 preguntas cerradas y un baremo.

El cuestionario previamente validado, recogió la información sobre el conocimiento sobre diabetes mellitus que puedan presentar los estudiantes de estomatología de una universidad privada de la ciudad de Piura.

El cuestionario validado por Castillo⁷ consta de 20 preguntas. (Anexo 1)

Se otorgó un punto por cada respuesta correcta, según:

Bajo < = 10 puntos

Medio >10 – 13 puntos

Alto > = 14 puntos

3.5. Procedimientos

La recolección de datos para este estudio se realizó de la siguiente manera:

Se solicitó el permiso a la Dirección de Escuela de Estomatología para la ejecución de la investigación (Anexo 6). Posteriormente se verificó el horario de los estudiantes de estomatología, y así poder aplicar tanto el consentimiento informado, así como también el cuestionario. A cada uno de los participantes se le explicó en que consiste el estudio, haciendo recalcar que será de forma anónima y con fines únicamente académicos, para que no haya posibilidad de sesgos. Una vez que el paciente otorgó el consentimiento informado se aplicó el cuestionario.

Se realizó en horarios de clase, donde se solicitó previamente permiso a los docentes encargados, se explicó que tenían 30 minutos para responder y la investigadora podría aclarar alguna duda en la comprensión de la pregunta. Si algún alumno marcaba incorrectamente se entregó un nuevo cuestionario.

Luego de haber aplicado todos los cuestionarios respectivos, se les colocó en un sobre de manila para posteriormente elaborar la base de datos para su tabulación e interpretación

3.6. Método de análisis de datos

Los datos fueron tabulados en Excel y analizados mediante estadística descriptiva en SPSS v. 25.

3.7. Aspectos éticos

Se cumplieron los principios de éticos de Helsinki.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Nivel de conocimiento de los estudiantes de Estomatología sobre la atención en pacientes con diabetes mellitus tipo II en una universidad privada de la ciudad de Piura, 2019.

	n	%
Bajo	57	72.2
Medio	22	27.8
Alto	0	0
Total	79	100

Fuente: Base de datos recopilados por el autor.

En tabla 1 se muestra que el 72.2 % de los estudiantes tienen un conocimiento bajo y el 27.8 % un conocimiento medio.

Tabla 2. Nivel de conocimiento de los estudiantes de estomatología del según sexo sobre la atención en pacientes con diabetes mellitus tipo II en una universidad privada de la ciudad de Piura, 2019.

GÉNERO	BAJO		MEDIO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	41	51.8	16	20.2	57	72.1
Masculino	16	20.2	6	7	22	27.8
Total	57	72.1	22	27.8	79	100

Fuente: Base de datos recopilados por el autor.

En la tabla 2 se aprecia que el 51.8% de los participantes de sexo femenino tiene un nivel de conocimiento bajo, y 20.2% tiene un nivel medio; mientras que 20.2% del sexo masculino tiene un nivel bajo y 7% un nivel medio.

Tabla 3. Nivel de conocimiento de los estudiantes de estomatología del según ciclo sobre la atención en pacientes con diabetes mellitus tipo II en una universidad privada de la ciudad de Piura, 2019.

CICLO	Bajo		Medio		Total
	N	%	N	%	n
6° Ciclo	10	12.6	6	7	16
7° Ciclo	22	27.8	4	5	26
8° Ciclo	12	15.1	4	5	16
9° Ciclo	10	12.6	7	8	17
10° Ciclo	3	3	1	1	4
Total	57	72	22	27	79

Fuente: Base de datos recopilados por el autor.

En la tabla 3 se muestra el nivel de conocimiento de los estudiantes de estomatología del según el ciclo de una universidad privada de Piura observándose que en el 6to ciclo el 12.6% tiene un nivel bajo, y 7% tiene un nivel medio; en el 7mo ciclo 27.8% tiene un nivel bajo y 5 % tiene un nivel medio; en el 8vo ciclo el 15.1% tiene un nivel bajo y 5% tiene un nivel medio ; en el 9 no ciclo el 12.6 % tiene un nivel bajo y el 8 % tiene un nivel medio , y en el 10 mo ciclo 3% tiene un nivel bajo y el 1% tiene un nivel medio.

V. DISCUSIÓN

En la presente investigación se reportó que el 72,2% de los participantes tenía un nivel de conocimiento bajo respecto a la atención odontológica de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Estos resultados mostrarían que no existe una preparación de los futuros odontólogos orientada a determinado tipo de pacientes. Un desconocimiento de las características propias de los pacientes o de sus condiciones de salud podrían conllevar a errores en perjuicio de los pacientes con posibles iatrogenias y de la imagen de cirujano dentista peruano.

En el presente estudio se estableció que el 27,8% de los participantes tuvo un nivel de conocimiento medio sobre la atención odontológica de pacientes con Diabetes mellitus tipo II, estos resultados se relacionan con los reportados por Castillo⁷ quien en su investigación comunicó que el 33.7% alcanzó el mismo nivel. Respecto al nivel de conocimiento malo, Castillo obtuvo un 59.6 % mientras que en este trabajo ese nivel fue mayor (72,2%), Haciendo una comparación con Manzanedo⁴, dicho autor encontró que el 59,6 % del total de participantes (estudiantes del VI y VII ciclo) presentan un nivel de conocimiento bajo sobre el conocimiento de la diabetes mellitus tipo II resultados similares fueron encontrados en el presente trabajo que entre el VI y VII corresponde al 39% y fueron también un nivel bajo, entre tanto el conocimiento regular o medio según el estudio de Manzanedo⁴ es del 33.7 % superior a nuestro resultado del 27,8 %, cabe señalar que las cifras presentadas por Manzanedo⁴ son similares a los resultados arrojados por Castillo⁷, no obstante el aspecto meritorio de que el trabajo de Manzanedo⁴ fue realizado en un centro de estudios de provincia, donde muchas veces no existe el rigor académico comparado con los centros de estudios de la capital.

En lo concerniente con Bustamante⁵, dicho autor encontró como resultado de que el 64 % de los encuestados (de tres universidades privadas distintas) poseen un nivel bajo de conocimiento mientras que un 26 % contaban con un nivel medio, se puede precisar que en este dato se cuenta con resultados

similares fueron encontrados en la presente investigación donde el 72% fue bajo en estudiantes, mientras que Bustamante⁵ fueron en internos.

Tomando la investigación de Castellares⁶ cabe destacar el buen nivel de conocimiento que presentaron las personas encuestadas (bajo conocimiento 43,6% y conocimiento medio 54,3%) , contrario al presente trabajo donde el nivel de conocimiento medio fue 27%, esto puede ser explicado debido a que los encuestados se encuentran en el último año de estudios de una de los centros de estudios nacionales como lo es la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, donde probablemente la currícula sea diferente.

Por ultimo haciendo una comparación con una evidencia internacional tal como lo es la investigación de Martinez⁸, se puede evidenciar que el nivel de conocimiento es superior a los niveles presentados en los anteriores trabajos. Si bien es cierto no emplea el instrumento idéntico, brinda conclusiones que se pueden tomar en cuenta como es el caso del nivel de conocimiento suficiente (regular) que presenta el mayor porcentaje (62.58 %), similar a los resultados de Castellares⁶ en donde el nivel de conocimiento medio es mayor al nivel de conocimiento bajo.

Es un reto para el futuro sobre todo para los centro de estudios que forman profesionales en estomatología, reforzar y hacer más riguroso el nivel de formación para lograr mejores indicadores de conocimiento como por ejemplo incrementar significativamente el nivel de porcentaje de crecimiento medio y generar nivel de conocimiento alto ya que este nivel de conocimiento en nuestra investigación no se ha tomado en cuenta pues ningún encuestado a lograr tener un alto nivel de conocimiento y en los otros estudios tomados en cuenta en la investigación el nivel de conocimiento alto este apenas bordea el 10 %, actualmente como se ha podido observar en provincia (incluida nuestra investigación), el nivel de conocimiento bajo es quien tiene mayor participación porcentual y eso no debe permitirse más aun en profesionales que están cerca de concluir sus estudios.

VI. CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento de los estudiantes de una universidad privada respecto a la atención odontológica de pacientes con Diabetes mellitus tipo II es bajo.
2. El nivel de conocimiento no tiene relación con el sexo, siendo bajo para ambos sexos.
3. El nivel de conocimiento no tiene relación con el ciclo académico siendo bajo en todos los ciclos evaluados.

VII. RECOMENDACIONES

1. Proponer a la dirección de escuela que se desarrollen cursos libres sobre el tipo de tratamiento odontológica que se debe seguir en pacientes con enfermedades sistémicas y/o metabólicas.
2. Repetir el estudio después de que se hayan aplicado los cursos o talleres a fin de ver si el nivel de conocimiento mejoró.
3. Abordar en todos los ciclos temáticas de odontología orientadas a pacientes con enfermedades sistémicas, autoinmunes y/o metabólicas.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Nota descriptiva detallada [Internet]. Ginebra: OMS; Octubre 2018 [Citado: 2019 abril 17]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
2. Requena L. Software didáctico para el manejo médico-odontológico y de urgencias para pacientes adultos con hipertensión arterial o diabetes. Acta Odontológica Venezolana [en línea]. 2014. [Citado: 2019 marzo 22]; 52(2). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art-18/>
3. Organización Panamericana de la Salud. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2009 [Citado: 2019 abril 17]. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf
4. Manzanedo G. Nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo II de los estudiantes del VI y VIII semestre de la escuela de formación profesional de odontología en la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2018 [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2018.
5. Bustamante U. Nivel de conocimiento de los estudiantes de internado hospitalario de tres universidades de Chiclayo sobre el manejo odontológico de pacientes con Diabetes Mellitus, 2017 [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2017.
6. Castellares M. Nivel de conocimiento en el manejo del paciente con diabetes mellitus tipo 1 y 2 en alumnos de 5to año e internos de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
7. Castillo E. Nivel de conocimiento sobre la atención estomatológica en pacientes con diabetes mellitus tipo ii en internos de odontología de tres universidades de Lima, 2014 [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.

8. Martínez G. Conocimientos de los alumnos de 4º año de la carrera de Cirujano Dentista del turno matutino y vespertino sobre el manejo odontológico de los pacientes diabéticos e hipertensos que acuden a las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza en el ciclo escolar 2011 – 2012 [Tesis]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.
9. DeFronzo R, Ferrannini E, Alberti G. y Zimmet P. International Textbook of Diabetes Mellitus, 2 Volume Set, 4th Edition. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2015.
10. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 8th Edition [Internet]. Bruselas: IDF; 2017. [Citado: 2019 abril 17]. Disponible en:
<https://www.idf.org/e-library/welcome.html>
11. Alonso M, De Santiago A, Moreno A, Carramiñana F, López F, Miravet S, Seguí M. et al. Guías Clínicas. Diabetes Mellitus [en línea]. 1ª ed. Barcelona: Semergen; 2015. [Citado: 2019 mayo 13]. Disponible en:
http://2016.jornadasdiabetes.com/docs/Guia_Diabetes_Semergen.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Nota descriptiva detallada [Internet]. Ginebra: OMS; Octubre 2018. [Citado: 2019 abril 17]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
13. World Health Organization. Global Report on Diabetes [en línea]. 1º ed. Geneva: WHO; 2016. [Citado: 2019 abril 28]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf
14. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención [en línea]. Lima: MINSA; 2016. [Citado: 2019 mayo 13]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
15. Organización Panamericana de la Salud. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus Tipo 2 [en línea]. Washington D.C.: OPS; 2009. [Citado: 2019 abril 17]. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/OPS-Guias-ALAD-diagnostico-control-tratamiento-2009.pdf>

16. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes: Resumen de orientación [en línea]. Ginebra: OMS; 2016. [Citado: 2019 mayo 14]. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?sequence=1

17. Federación Internacional de la Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID [en línea]. 6ª ed. Bruselas: FID; 2013. [Citado: 2019 mayo 14]. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/component/attachments/?task=download&id=78>

18. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú Semana Epidemiológica 14 – 2019 [Publicación periódica en línea]. 2019. [citado: 2019 mayo 14]; Volumen 28: [36 pp.]. Disponible en:

<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/14.pdf>

19. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Trasmisibles, 2014. Lima: INEI, Encuesta demográfica y de Salud Familiar; 2015.

20. Organización Mundial de la Salud. Diabetes Nota Descriptiva N° 312 [en línea]. Ginebra: OMS; 2015. [Citado: 2019 mayo 14]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

21. Pérez F. Epidemiología y fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. Revista medico clínica condes [en línea]. 2009, n°20. [citado: 2019 mayo 14]; (5): [565-571 pp.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-X0716864009322743>

22. Castillo J. Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), Capítulo 3 [en línea]. Bogotá: Asociación Colombiana de Endocrinología; 2015. [citado: 2019 mayo 14]. Disponible en: https://www.endocrino.org.co/wp-content/uploads/2015/10/Fisiopatologia_de_la_Diabetes_Mellitus_Tipo_2_J_Castillo.pdf

23. Public Health Agency of Canada. Report from the National Diabetes Surveillance System: Diabetes in Canada, 2015. Ottawa: PHAC; 2015.
24. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Diabetes Mellitus [En línea]. México, D.F.: Grupo Editorial Raf.; 2012. [Citado: 2019 mayo 14]. Disponible en:
https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=421-programa-de-accion-especifico-2007-2012
25. Rivas M. Manual de urgencias. 2º ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2010.
26. Blacklow R. Signos y síntomas de fisiopatología aplicada e interpretación clínica de diabetes. 6º edición. México: Editorial Nueva Editorial Interamericana; 2008.
27. Castillo E. Nivel de conocimiento sobre la atención estomatológica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en internos de odontología de tres universidades de Lima- 2014 [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
28. De Luca F. y Roselló X. Etiopatogenia y diagnóstico de la boca seca [en línea]. 2014. Marzo [Citado: 2019 mayo 13]; 30(3): [121-128 pp.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n3/original2.pdf>
29. Viera Y. Prevalencia de manifestaciones orales en pacientes con diabetes Tipo II del Centro de Atención Primaria ESSALUD Chiclayo Oeste Lambayeque – Perú, 2015 [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Estomatología]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2016.
30. Fajardo M, Rodríguez O, Hernández M. y Mora N. Diabetes mellitus y enfermedad periodontal: aspectos fisiopatológicos actuales de su relación [en línea]. 2016. [Citado: 2019 Mayo 13]; 8(4): [255-258 pp.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n6/san14206.pdf>
31. Kumar M, Mishra L, Mohanty R. y Nayak R. Diabetes y enfermedad de las encías: el dúo diabólico [en línea]. 2014. Mayo. [Citado: 2019 Mayo 13]; 20(6): [845-850 pp.]. Disponible en: sci-hub.tw/10.1016/j.dsx.2014.09.022

32. Escobar L, Celis E, Alarid J, Jiménez L, Díaz G. y Muñoz V. Estudio clínico y micológico de otomicosis en diabéticos: Una serie de 17 casos [en línea]. 2018. [Citado: 2019 Mayo 13]; 78: [36-42 pp.]. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/orl/v78n1/0718-4816-orl-78-01-0036.pdf>
33. Casanova M, Bayarre H, Navarro D, Sanabria G. y Trasancos M. Revista Cubana de Salud Pública [en línea]. 2015. [Citado: 2019 mayo 14]; 41(4): [677-680 pp.]. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2015.v41n4/o11/es>
34. López O. y Joya L. Conductas preventivas orales, actitudes, percepciones y estado de salud bucal en pacientes diabéticos. Revista hacia la promoción de la salud [En línea]. 2015. [Citado: 2019 mayo 14]; 14(2): [13-23 pp.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126692002.pdf>
35. Holmes N, Robinson J. y Tscheschlog B. Diabetes Mellitus. Guía para el manejo del paciente. 1° ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2007.
36. American Diabetes Association [Internet]. Arlington: ADA; c1995-2019 [updated 2014 April 30; cited 2019 May 14]. Available from: <http://www.diabetes.org/>
37. Houghton A. y Gray D. Chamberlain: síntomas y signos en la medicina clínica, una introducción al diagnóstico médico. 13° edición. Mexico: McGraw Hill; 2011.
38. Kudiyirickal MG, Pappachan JM. Diabetes mellitus and oral health. Endocrine [Internet]. 2015 [citado 16 dic 2020]; 49(1):27-34. Disponible en: doi: 10.1007/s12020-014-0496-3.
39. Leite RS, Marlow NM, Fernandes JK, Hermayer K. Oral health and type 2 diabetes. Am J Med Sci [Internet]. 2013 [citado 16 dic 2020]; 345(4):271-273. Disponible en: doi: 10.1097/MAJ.0b013e31828bdeedf.
40. Barylo OS, Kanishyna TM, Shkilniak LI. The effects of diabetes mellitus on patients' oral health. Wiad Lek [Internet]. 2018 [citado 16 dic 2020]; 71(5):1026-1031. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30176635/>

ANEXO 5

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Teórica	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Unidad de Medida	Escalada de Medición
Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de pacientes diabéticos	Conocimiento adquirido sobre el manejo de pacientes con diabetes mellitus en los aspectos de epidemiología, etiopatogenia, farmacología de los medicamentos utilizados en su tratamiento y las complicaciones durante y después de la atención estomatológica.	Aplicación de un cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre la atención Estomatológica en pacientes con Diabetes mellitus en estudiantes de una Universidad Privada en la Ciudad de Piura-2019.	1.General 2. Genero 3. Ciclo	Bajo Medio Alto	Cualitativa	Ordinal

ANEXO 6

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO – CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES DIABÉTICOS

UNIVERSIDAD PRIVADA CÉSAR VALLEJO

Gracias por su contribución en esta investigación. Este cuestionario forma parte de un proyecto de investigación para evaluar el conocimiento sobre el manejo odontológico de pacientes diabéticos en estudiantes de estomatología, por lo que solicito su llenado de forma objetiva y sincera. Los resultados son anónimos. Marque la respuesta que considere correcta:

I. Datos Generales

I. DATOS GENERALES

1. Género: Masculino () Femenino ()
2. Edad: _____ años

II. CONOCIMIENTO SOBRE ATENCION ESTOMATOLOGICA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Nivel de Conocimientos sobre Epidemiología de la diabetes mellitus

1.- ¿Qué es la diabetes mellitus?

- a) aumento de triglicéridos en la sangre
- b) enfermedad en el hígado
- c) disminución de glucosa en sangre
- d) alteración del metabolismo de la insulina

2.- ¿Qué porcentaje de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus padecen de Diabetes Mellitus 2?

- a) 10%
- b) 20-40%

- c) 41-60%
- d) 61-80%
- e) 81% a más

III. Nivel de Conocimientos sobre Etiopatogenia de la Diabetes mellitus tipo II

3.- ¿Cuáles son los signos y síntomas que se asocian a la diabetes mellitus tipo II?

- a) fiebre, tos, sudoración nocturna, pérdida de peso, esputos hemoptoicos, cefalea, déficit neurológico, astenia
- b) poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, visión borrosa, pérdida de la sensibilidad, calambres en los miembros inferiores, astenia y adinamia.
- c) astenia, deposición frecuente, nódulos tiroideos, polifagia, intolerancia al calor, pérdida de peso, sudoración, irregularidad en menstruación (mujeres).
- d) sensibilidad al frío, estreñimiento, astenia, palidez, aumento de peso, piel reseca, cabellos y uñas quebradizas.

4.- ¿A partir de qué cifra de glucosa en sangre en ayunas se considera a un paciente diabético?

- a) >110 mg/Dl
- b) >140 mg/Dl
- c) >126 mg/Dl
- d) >200 mg/Dl

5.- ¿Qué examen de laboratorio es útil para el manejo odontológico del paciente diabético, porque indica si el tratamiento ha sido adecuado hasta por un periodo de 45 días?

- a) Hemoglobina glicosilada
- b) glucosa dos horas posprandial
- c) glucosa en ayunas
- d) Prueba de tolerancia a la glucosa

6.- ¿Cuál es la clasificación actual de la diabetes mellitus propuesta por la ADA (American Diabetes Association)?

- a) Diabetes insípida, diabetes mellitus
- b) Diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, otros tipos específicos, diabetes gestacional
- c) Insulinodependiente, no insulinodependiente, diabetes gestacional

7.- ¿Cuáles son las complicaciones crónicas de la diabetes?

- a) Hipercalcemia, Hipertensión Arterial, Edema pulmonar, pancreatitis, Síndrome Urémico.
- b) arterioesclerosis, cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal, accidente cerebro vascular
- c) Hipertensión arterial, problemas cardiovasculares, cáncer de colon y próstata.
- d) Microvasculares (retinopatía, nefropatía, neuropatía) y macrovasculares (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, arteriopatía periférica)

8.- Seleccione las manifestaciones bucales más comunes de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

- a) Estomatitis, candidiasis, leucoplasia vellosa-pilosa, enfermedad periodontal, eritema gingival lineal, GUNA, sarcoma de Kaposi, úlceras por virus del Herpes simple.
- b) Xerostomía, reacciones liquenoides, hiperplasia gingival, úlceras aftosas, penfigoide buloso, edema angioneurótico, eritema multiforme, hipogeusia o ageusia.
- c) Gingivitis, enfermedad periodontal, candidiasis bucal, xerostomía, disgeusia, liquen plano, leucoplasia, glositis, lengua geográfica, abscesos
- d) Glositis, atrofia de papilas, sangrado gingival, mucosas pálidas, úlceras en labios y lengua.

Nivel de conocimiento sobre la farmacología en la atención de los pacientes con diabetes mellitus tipo II previo, durante y después de un procedimiento odontológico

9.- ¿Cuál de los siguientes es un motivo para utilizar profilaxis antibiótica en un paciente con diabetes mellitus tipo II?

- a) dificultad de llegada de neutrófilos por formación de placas ateromatosas en vasos terminales
- b) retraso de cicatrización de heridas
- c) microangiopatía diabética
- d) Todas las anteriores

10.- ¿Qué medicamento no tiende a aumentar la glucemia?

- a) sulfonilureas
- b) corticoesteroides

- c) salbutamol
- d) anticonceptivos orales
- e) tiazidas

11.- ¿Qué grupo farmacológico por su elevada unión a proteínas plasmáticas (UPP) de 90 a 95%, si son utilizadas en una terapia prolongada junto a un hipoglicemiante oral podría producir una crisis hipoglicémica?

- a) macrólidos
- b) AINES
- c) penicilinas
- d) corticoesteroides
- e) quinolonas

12.- ¿Cuáles son los medicamentos utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2?

- a) Meglitina (Nateglinida, Repaglinida), Sulfonilureas (Clorpropamida, Glipisa y Glibenclamida), Biguanidas (Metformina), Tiazolidinedionas (Pioglitazona), Bloqueadores de las alfa glucosidasas (Acarbose), Análogos de GLP-1
- b) Inhibidores de la transcriptasa (RT), Inhibidores de la proteasa, Inhibidores de la fusión
- c) Betabloqueadores, Antagonistas del calcio, diuréticos, Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS), Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II)
- d) AINES, Inhibidores de la COX-2, Corticoesteroides

13.- En un paciente diabético, ¿con qué volumen de anestésico podemos lograr un buen nivel de anestesia en el paladar sin causar áreas de necrosis?

- a) 0,1 a 0,2 ml
- b) 0,6 ml
- c) 0,3 ml
- d) 0,9 ml

14.-En un paciente diabético descontrolado, la probabilidad de infección está directamente relacionada a:

- a) nivel de bioseguridad que se emplea en el acto quirúrgico
- b) invasividad de la cirugía

- c) duración de la cirugía
- d) nivel de glicemia
- e) a, b y c

IV. Nivel de conocimiento sobre las complicaciones durante el tratamiento odontológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo II

15.- ¿Qué haces de inmediato si el paciente presenta signos y síntomas de shock hipoglucémico y está consciente?

- a) pedir asistencia médica
- b) administrar vía oral 15 a 20 g de azúcar disueltos en 200ml de agua
- c) administración endovenosa de dextrosa al 5-10%
- d) hidratar vía endovenosa con NaCl al 9/ 1000

16.- ¿Qué conducta llevas a cabo si asiste a consulta odontológica un paciente diabético con un absceso dental y sus niveles de glucemia superan los 200 mg/dl?

- a) administro un hipoglicemiante oral y realizo el procedimiento odontológico
- b) le niego la consulta
- c) realizar una interconsulta médica
- d) solo me remito a recetarle medicamentos

17.- ¿Qué complicación es más frecuente durante el tratamiento odontológico del paciente diabético?

- a) Hipoglucemia
- b) Hiperglucemia
- c) Hemorragia e iabética
- d) Shock anafiláctico

18.- ¿Cuál de los siguientes no es una complicación de la diabetes mellitus tipo II?

- a) hipoglucemia
- b) estado hiperosmolar no cetósica
- c) cetoacidosis diabética
- d) N.A.

19.- ¿Cuáles son los síntomas de un estado hiperglicémico?

- a) fiebre, tos, sudoración nocturna, pérdida de peso, cefalea, déficit neurológico, astenia
- b) palidez, sudoración, temblor, alteraciones del juicio, ansiedad, cambios cardiovasculares y sed.

c) sensación de malestar, ansiedad y agitación, cefalea severa, mareo visión turbia, dolor de pecho, tos y falta de aliento.

d) Tics, debilidad, parálisis, sequedad del ojo y la boca, deterioro del gusto, y lagrimeo excesivo de un ojo, dolor o molestias alrededor de la mandíbula y detrás del oído, cefalea, pérdida del gusto, deterioro del habla y mareos.

20.- ¿Cuáles son las complicaciones post quirúrgicas más frecuentes que va a presentar un paciente diabético?

a) celulitis, trismus, alveolitis

b) no se presentan reacciones secundarias

c) dehiscencia de la herida, dolor de la herida

d) susceptibilidad a infección, mala cicatrización y sangrado

respuestas:

1 d **11 b**

2 e **12 a**

3 b **13 a**

4 c **14 d**

5 a **15 b**

6 b **16 c**

7 d **17 a**

8 c **18 c**

9 d **19 b**

10 a **20 d**

ANEXO 7

VALIDE Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Análisis de Cronbach basado en los elementos tipificados	N de elementos
0,991	0,992	20

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i,
- S_x^2 es la varianza de la suma de todos los ítems
- k es el número de preguntas o ítems
- α es el alfa de Cronbach

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_x^2} \right],$$

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P1	31,5714	227,714	,910	,990
P2	31,2143	227,294	,946	,990
P3	31,2857	223,429	,952	,990
P4	31,1190	221,668	,970	,990
P5	30,8571	224,662	,950	,990
P6	30,8095	224,695	,947	,990
P7	31,2143	228,855	,942	,990
P8	31,5952	228,832	,914	,990
P9	30,8810	226,839	,901	,991
P10	31,5000	227,280	,943	,990
P11	31,1905	224,207	,951	,990
P12	31,0714	231,239	,876	,991
P13	31,1190	221,668	,970	,990
P14	31,5714	230,153	,924	,990
P15	30,9762	224,951	,933	,990
P16	31,3095	219,195	,906	,991
P17	30,8095	224,695	,947	,990
P18	31,2143	228,855	,942	,990
P19	31,5952	228,832	,914	,990
P20	30,8810	226,839	,901	,991

ANEXO 8

TABLAS, FIGURAS Y FOTOS

Proceso de recolección de datos (fotografías).



Aplicación de encuesta en alumnos de sexto ciclo



Aplicación de encuesta en alumnos de sexto ciclo



Aplicación de encuesta en alumnos de séptimo ciclo.



Aplicación de encuesta en alumnos de séptimo ciclo



Aplicación de encuesta a alumnos de octavo ciclo