

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DEL ÁREA DE  
CIRUGÍA MAXILOFACIAL DE UN HOSPITAL REGIONAL  
DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DE HUANCAYO - 2017**

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO**

**“FRANKLIN ROOSEVELT”**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Escuela Profesional de Estomatología**



**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DEL ÁREA DE  
CIRUGÍA MAXILOFACIAL DE UN HOSPITAL REGIONAL  
DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DE HUANCAYO - 2017**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**Presentado por:**

**Bach. BARZOLA ILIZARBE, William Juan**

**Bach. SALAS CARHUAMACA, Juan Abel**

**HUANCAYO – PERÚ**

**MARZO 2018**

**ASESOR**

**Mg. CD. Cueva Buendía, Luis Alberto**

## **DEDICATORIA**

A Dios por permitirnos vivir estos momentos, y a nuestros padres por su apoyo incondicional para lograr nuestras metas.

William y Juan

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por ser quien nos guía en cada momento de nuestras vidas y por permitirnos alcanzar nuestros sueños.

Al Dr. Luis Cueva Buendía, nuestro asesor, por motivar nuestros deseos de emprender este proyecto de investigación. Gracias Doctor por la paciencia, los consejos, el tiempo dedicado; por contener nuestros temores y transmitirnos la fortaleza que necesitábamos para continuar.

Al Dr. David Elias Prosopio Pomalaya por facilitarnos encuestar a los pacientes del departamento de odontoestomatología; servicio cirugía maxilofacial; en el hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión, en la cual se desarrolló el trabajo de campo de la investigación.

A todos nuestros maestros los doctores; Edgar F. Almonacid Sosa, Juan Buendia Suazo, Luis Mendoza Del Rio, Rodrigo Salazar Lazo, Edgardo Escalante Santivañez, Oscar Travesaño Arteaga, Wilbert Manzanedo Carbajal, Jhon Rondinel Berna, José Correa Rojas, Javier Salazar Lazo, Martha Valderrama Salvatierra, Ronald Mayhuasca Salgado, Edgar Baltazar Pomalaya. Por compartirnos de sus conocimientos y experiencias con dedicación dentro y fuera de las aulas, y de esa manera formar parte de nuestra formación profesional.

A nuestra casa universitaria por habernos albergado y haber hecho que nuestra vida universitaria sea una experiencia única durante nuestro periodo de aprendizaje.

## INDICE

<b>TÍTULO</b>	Pág.
<b>CARATULA</b>	i
<b>ASESOR</b>	ii
<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iv
<b>ÍNDICE</b>	v
<b>RESUMEN</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
	ix

### **CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1 Descripción del problema.	11
1.2 Formulación del problema.	12
1.2.1 Problema general.	12
1.3 Objetivo de la investigación.	13
1.3.1 Objetivo general.	13
1.3.2 Objetivos específicos.	13
1.4 Justificación de la investigación.	15
1.5 Limitación de la investigación.	15

### **CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes.	16
2.1.1 Internacionales.	16
2.1.2 Nacionales.	21
2.1.3 Bases teóricas de la investigación.	24
2.1.4 Marco conceptual.	37
2.2 Variables.	37
2.2.1 Tipos de variables.	37

### **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

3.1 Método de la investigación.	39
3.2 Tipo y nivel de investigación.	39
3.3 Diseño de la investigación.	40
3.4 Población de estudio.	40

3.5 Muestra.	41
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	42
3.7 Técnicas de procesamiento de la investigación	43
<b>CAPÍTULO IV RESULTADOS</b>	
Resultados	44
<b>CAPITULO V DISCUSIÓN</b>	
Discusión	58
<b>CAPÍTULO VI CONCLUSIONES</b>	
Conclusiones	69
<b>CAPÍTULO VII RECOMENDACIONES</b>	
Recomendaciones	71
<b>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>	73
<b>IX. ANEXOS</b>	77

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA  
MAXILOFACIAL DE UN HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO  
QUIRÚRGICO DE HUANCAYO - 2017

**RESUMEN**

En la experiencia como internos del departamento de odontoestomatología, nace la inquietud por conocer el cumplimiento por parte de los pacientes de las recetas farmacológicas, en las diferentes terapias indicadas por los odontólogos a cargo del servicio de cirugía bucal y maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión y que hayan tenido diagnósticos de fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis. Las justificaciones fueron práctica y social, porque se buscó conocer, aplicar y mejorar los resultados encontrados de la adherencia terapéutica en favor de los pacientes de dicha área.

El objetivo general fue: describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en el segundo semestre del año 2017. Y en cuanto a los resultados, de los 60 pacientes el 58,3% fueron de sexo masculino, el 41,7% de sexo femenino; el 41,7% de pacientes tuvieron edades entre 45 y 60 años y en cuanto al esquema terapéutico el 83,3 % utilizaron antibióticos; 15% utilizaron analgésicos y/o antiinflamatorios y otros medicamentos 1.7%.

Se llegó a la conclusión: que el 51,7% de pacientes del servicio de cirugía maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión tuvo adherencia total y 48,3% adherencia parcial, en el segundo semestre del año 2017.

**Palabras claves:** adherencia terapéutica, fractura del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados, celulitis.



## INTRODUCCIÓN:

Entendiendo que la adherencia terapéutica es el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>. En odontología como en otras especialidades médicas se realiza la atención a pacientes que padecen de diferentes patologías o trastornos, y en el fiel cumplimiento de los diferentes procedimientos, existe lo que conocemos como diagnóstico y tratamiento, aspectos que están ligados como los demás que forman parte de la historia clínica, sin embargo hay algo especial entre estos dos elementos y es que de nada serviría llegar a un correcto diagnóstico e indicar el respectivo tratamiento, si este último no se cumpliría responsablemente.

Esta situación mencionada se ha visto en la etapa final de formación que corresponde al internado estomatológico, que se realiza en establecimientos hospitalarios.

Por esta razón el presente trabajo de investigación tuvo como problema general: ¿Cuáles son los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en el segundo semestre del año 2017? El objetivo general planteado es: describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en el segundo semestre del año 2017.

Respecto a su justificación, ésta fue práctica y social, porque los datos que se han obtenido, dieron a conocer en qué medida los pacientes que reciben tratamiento farmacológico por condiciones de mediana complejidad quirúrgica, basada en la mayoría de casos en antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios, tienen un cumplimiento de sus respectivos tratamientos; se

podrían aplicar ciertas medidas que en todo caso mejoren el cumplimiento de los tratamientos dando énfasis a los aspectos de: implicación personal, relacional profesional-paciente y comportamental cumplimiento del tratamiento, para garantizar la efectividad del tratamiento y evitar complicaciones posoperatorias como resultado del abandono terapéutico y finalmente como todo tratamiento implica aspectos económicos y culturales que intervienen para el cumplimiento o incumplimiento de los tratamientos prescritos, y detectado el nivel de adherencia terapéutica, se podría trabajar en modificar conductas que garanticen una adherencia más estricta.

El tipo de investigación por su naturaleza fue básica, por el periodo de secuencia del estudio, transversal prospectiva y de acuerdo al nivel es descriptiva, se empleó el diseño no experimental, descriptivo simple, aplicado a pacientes que hayan sido tratados farmacológicamente por alguno de estos tres diagnósticos fractura de huesos del cráneo y de la cara; dientes incluidos e impactados o celulitis, como resultado de una intervención quirúrgica. La muestra fue no probabilística. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción del problema**

En odontología como en otras especialidades médicas se realiza la atención a pacientes que padecen de diferentes patologías o trastornos, y en el fiel cumplimiento de los diferentes procedimientos, existe lo que conocemos como diagnóstico y tratamiento, aspectos que están ligados como los demás que forman parte de la historia clínica, sin embargo hay algo especial entre estos dos elementos y es que de nada serviría llegar a un correcto diagnóstico e indicar el respectivo tratamiento, si este último no se cumple responsablemente.

Esta situación mencionada se ha visto tanto en la clínica docente asistencial donde los estudiantes de odontología, orientados por sus respectivos docentes, diagnostican y realizan tratamientos de diferente naturaleza, como también en la etapa final de formación que corresponde al internado estomatológico, que se realizó en establecimientos hospitalarios.

Es en esta circunstancia donde llamó poderosamente la atención las situaciones que requieren de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

muy específicos y que deben ser rigurosamente cumplidos por los pacientes, se desconocía el real cumplimiento por parte de ellos, en las diferentes terapias indicadas por los odontólogos que estaban a cargo del departamento de odontoestomatología del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, especialmente del servicio de cirugía maxilofacial, y que hayan tenido los diagnósticos de fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, pues estos tres diagnósticos son los que tienen mayor morbilidad de acuerdo a la Diresa Junín en el reporte anual del año 2016, y necesitaban de un cumplimiento estricto del tratamiento señalado por los especialistas odontólogos que se encuentran a cargo, para asegurar un tratamiento efectivo que conduzca a la rehabilitación total de estos pacientes .

Por último entendiendo que la adherencia terapéutica es el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>, y a la vez estando realizando el internado odontológico es que se realizó este trabajo de investigación con el propósito de conocer los niveles de cumplimiento terapéutico de los pacientes con diagnóstico de fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, en la especialidad de cirugía maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en el año 2017.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuáles son los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital regional

docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en el segundo semestre del año 2017?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en el segundo semestre del año 2017.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Caracterizar la muestra estudiada en base a los componentes de sexo y grupo etario al que pertenecen.
2. Caracterizar la muestra estudiada en base al esquema terapéutico de los encuestados.
3. Clasificar la muestra estudiada de acuerdo al diagnóstico odontológico de fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en el segundo semestre del año 2017
4. Identificar el nivel de adherencia terapéutica en el componente implicación personal, de los pacientes con fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, con el cuestionario de MBG para evaluación de adherencia terapéutica.

5. Identificar el nivel de adherencia terapéutica en el componente relacional profesional-paciente, de los pacientes con fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, con el cuestionario de MBG para evaluación de adherencia terapéutica.
6. Identificar el nivel de adherencia terapéutica en el componente comportamental – cumplimiento del tratamiento, de los pacientes con fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, con el cuestionario de MBG para evaluación de adherencia terapéutica.
7. Describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, de acuerdo al sexo.
8. Describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, de acuerdo al grupo etario.
9. Describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, de acuerdo al esquema terapéutico.
10. Describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, de acuerdo al diagnóstico odontológico.

#### **1.4 Justificación de la investigación**

Los datos obtenidos permitirán conocer en qué medida los pacientes que reciben tratamiento farmacológico por condiciones de mediana complejidad quirúrgica, basada en la mayoría de casos en antibióticos, analgésico y antiinflamatorios, tienen un cumplimiento de sus respectivos tratamientos. El aporte está en que la mayor parte de estudios en esta línea de investigación se ha realizado en enfermedades crónicas, donde los tratamientos son de larga duración; sin embargo en los casos de pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, cirugías por extracción de dientes incluidos e impactados y celulitis, son de los más frecuentes en el servicio de cirugía maxilofacial, y muchas veces el abandono o no cumplimiento del tratamiento trae como consecuencias, complicaciones postoperatorias.

La justificación práctica, radica en que, ya conocido el nivel de adherencia terapéutica, de los pacientes en estudio, se podrán aplicar ciertas medidas que en todo caso mejoren u optimicen el cumplimiento de los tratamientos dando énfasis a los aspectos de: implicación personal, relacional profesional-paciente y comportamental cumplimiento del tratamiento, para garantizar la efectividad del tratamiento y evitar complicaciones posoperatorias como resultado del abandono terapéutico.

Y la justificación social está presente porque todo tratamiento implica aspectos económicos y culturales que intervienen para el cumplimiento o incumplimiento de los tratamientos prescritos, y ya detectado el nivel de adherencia terapéutica, se podría trabajar en modificar conductas que garanticen una adherencia más estricta, lo que traería beneficios para los pacientes y por consecuencia para la comunidad y sociedad en general.

#### **1.5 Limitaciones de la investigación**

La principal limitación fue la aceptación por parte de los pacientes para que puedan rellenar el cuestionario de adherencia terapéutica.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes**

##### **2.1.1 Internacionales**

Lopez LA, et al. (2016)<sup>2</sup>. En el artículo de revisión bibliográfica: Adherencia al tratamiento: Concepto y medición, cuyo objetivo fue realizar una síntesis del concepto de adherencia y describir los métodos empleados para medirla. Utilizaron la metodología de artículo de revisión, realizaron una búsqueda, selección y revisión de artículos originales y secundarios escritos en inglés o español, en las diferentes bases de datos: Scielo, Pubmed, Cinahl, Science@direct y Ovidsp; publicados entre 2004 y 2013 <sup>2</sup>.

Los resultados fueron que, se seleccionaron 53 artículos, de los cuales 13 definían el concepto y la clasificación de los métodos, 32 fueron estudios de investigación que emplearon métodos indirectos, 17 combinaron métodos directos e indirectos y un estudio utilizó un método directo. Llegaron a las conclusiones siguientes: se evidenció el uso de diferentes conceptos a la hora de definir la adherencia, sin que exista un consenso <sup>2</sup>.

Martín et. al. (2015)<sup>3</sup>, en el estudio Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas, en Cuba;



Los porcentajes encontrados de adherencia total, parcial y no adherencia fueron muy parecidos en las áreas de salud estudiadas. En todos los territorios predominó la adherencia total con aproximadamente el 50 %, seguida de la adherencia parcial, en tanto que la no adherencia obtuvo los valores inferiores. El área de salud "Edor de los Reyes Martínez" en el municipio Jiguaní tuvo resultados inferiores en adherencia total, sin embargo, no se diferenció en gran medida de las restantes. El área de salud de Cruces en Cienfuegos obtuvo el mejor resultado en adherencia total y el más bajo de no adherencia.<sup>3</sup>

Concluyeron; que la adherencia al tratamiento antihipertensivo se manifiesta en diferentes grados considerados como niveles: total, parcial y no adherencia con predominio del nivel de adherencia total, sin embargo, en una magnitud insuficiente en relación con la necesidad de lograr altos niveles de adherencia para el control de la enfermedad <sup>3</sup>.

Veliz, et. al. (2015) <sup>4</sup> realizaron el trabajo; adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile, de la Universidad de Chile, Del total de participantes, 157 (61,1%) fueron mujeres. La media de la edad fue de 50,47 años y la media de los años de educación formal de los participantes fue de 8,58 años (mínima: 0; máxima: 17), solo 40 (15,6%) manifestaron practicar ejercicio físico al menos tres veces a la semana entre 30 a 45 minutos. Respecto al diagnóstico médico, 195 (75,8%) presentaron hipertensión arterial (HTA), 124 (48,2%) tenían diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y 166 (64,5%) presentaron dislipidemia <sup>4</sup>.

Respecto a los enunciados de la ECS, se encontró que del total de la muestra: 57 (22,2%) fumaban; 141 (54,9%) tenían trabajo remunerado; 180 (70%) participaban en actividades recreativas, mientras que 93 (36,2%) participaban en actividades sociales. Solo 13 (5,1%) cumplieron con todas las condiciones enunciadas en la escala, es decir, tenían un trabajo remunerado, fumaban, participaban en actividades recreativas o deportivas y sociales. Esta situación determinó que los puntajes mínimos y máximos esperados fueran distintos en los grupos de la muestra, por ejemplo, entre los que trabajan y los que no trabajan; los que fuman y no fuman, entre otros <sup>4</sup>.

Y arribaron a la siguiente conclusión; que en la adherencia al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares pueden influir diversos factores sociales que pueden constituir una barrera al momento de cumplir con el tratamiento, tales como el nivel socioeconómico y educacional <sup>4</sup>.

Castañeda (2015)<sup>5</sup> en su investigación; calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica, realizado en Cuba, el cual de las 158 personas con enfermedad crónica oncológica entre 0 y 6 meses de diagnosticada, mayores de 18 años que asisten a la Unidad de Oncología y Radioterapia de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Santander y que participaron en el estudio, 75.31% son mujeres, con rango de edad predominante es mayores de 60 años (48.73%),y en los grupos de 18 a 35 años y 36 a 59 años se ubicó 15.82% y 35.44% respectivamente <sup>5</sup>.

Respecto de los cuidadores de los mismos se encontró que 73.41% tenían rangos de edades menores que el cuidador. La muestra se caracterizó por bajo nivel educativo siendo más frecuente la primaria incompleta (37.97%) y el analfabetismo un 15.82%. Respecto del estado civil, 29.11% son casados, 26.58% solteros, 15.82% viudo y 17.72% en unión libre. La mayoría están dedicados al hogar (60.75%) y solo 16.12% son empleados formales. Los estratos socioeconómicos presentes fueron el 1 (51.26%), 2 (32.91%) y 3 (12.02%). Los diagnósticos médicos más frecuentes fueron Cáncer de mama (16.45%), Cáncer de Cérvix (23.41%), Cáncer de piel (11.39%) y Cáncer de estómago (8.22%), con estadios IIIB y IV, en el 41.13% de la muestra <sup>5</sup>.

Llegando a la conclusión que; las variables Calidad de vida y Grados de riesgo para la adherencia al tratamiento oncológico, guardan relación débil con significancia estadística; ésta es menor que la relación observadas en otras enfermedades crónicas no oncológicas. Al parecer en pacientes con cáncer la pérdida de calidad de vida se relaciona más con el aspecto de la enfermedad, que con la adherencia al tratamiento. La sumatoria global de la variable calidad de vida de personas con enfermedad crónica oncológica diagnosticadas entre 0 y 6 meses, muestra una tendencia media. La dimensión en la que se observa más afectación es en la psicológica y menor en el bienestar físico <sup>5</sup>.

Díaz S, et al. (2014)<sup>6</sup> en la investigación: Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de la Facultad de odontología de la Universidad de Cartagena, se plantearon el objetivo de describir la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en la población que acudía a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.

Respecto a los materiales y métodos, éste fue un estudio descriptivo de corte transversal el cual estuvo dirigido a personas mayores de 20 años que asistieron a consulta odontológica. Y en los resultados, observaron que los hombres superan en cantidad a las mujeres encuestadas con un 53,7%. El grupo etáreo más frecuente corresponde al grupo de adultos mayores con un 43,7%, casi toda la población se encuentra ubicada entre los estratos 1 y 2, contando con ingresos menores o iguales a dos salarios mínimos para satisfacer sus necesidades básicas. Dentro de los antecedentes médicos familiares la enfermedad que más se presentó fue la hipertensión arterial seguida de la diabetes y la enfermedad que más se presentó en las personas encuestadas fue la hipertensión <sup>6</sup>.

Y la conclusión fue: que las condiciones de salud de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en la población estudiada intervinieron de forma positiva en la adherencia debido al conocimiento que tiene los pacientes acerca de su enfermedad y la motivación para tratarla <sup>6</sup>.

Soria et. al. (2009)<sup>7</sup> en la investigación Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos, realizado en México, en el que; Los análisis de datos tienen el siguiente orden: primero, se presentan los análisis de fiabilidad, ya que éstos dan respuesta a una de las características psicométricas que es la consistencia interna del instrumento; en segunda instancia, se presenta el análisis factorial con la finalidad de identificar los factores, finalmente se muestran los descriptivos <sup>7</sup>.

El instrumento en general obtuvo un nivel alto de fiabilidad. El análisis de fiabilidad (alpha de Cronbach) de la escala arrojó un alpha de .919, lo que

significa que el instrumento es fiable en un 92%. No se eliminó algún ítem de la escala. La fiabilidad final para los ítems que forman parte del instrumento fue superior a .883; quedando un total de 21 ítems <sup>7</sup>.

Así también Lloret A, et al. (2005)<sup>8</sup>, en el artículo de investigación: Adherencia al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, se propusieron como objetivo determinar la adherencia al tratamiento con AINEs prescritos para alivio del dolor en el ámbito de Atención Primaria, estimar la probabilidad de abandono en los días siguientes a su prescripción y reconocer factores pronósticos relacionados con el cumplimiento. Respecto a la metodología, el diseño del estudio fue un estudio observacional de carácter longitudinal o de seguimiento durante 10 días tras el inicio del tratamiento, los sujetos se seleccionaron, mediante muestreo consecutivo, 125 pacientes de 14 o más años de edad, que, durante el periodo de estudio iniciaron algún tratamiento con AINEs para procesos dolorosos de cualquier etiología, como variables dependientes fueron consideradas la duración en días del tratamiento con AINEs, desde la prescripción hasta la segunda observación al cabo de diez días, y el abandono de la medicación durante el periodo de seguimiento<sup>8</sup>.

Los resultados a los que llegaron fue que entre los 115 pacientes en los que se pudo completar el seguimiento, 32 reconocieron haber abandonado el tratamiento con AINEs (27,8%), siendo su edad media (47,59 años  $\pm$  2,6 DE) significativamente inferior ( $p=0,01$ ) a la de los pacientes que cumplieron con la pauta prescrita (56,1 $\pm$ 1,8 DE). Se observó una relación estadísticamente significativa entre el abandono de la medicación y la presencia de reumatismo no articular (42,4%). Del análisis de supervivencia se desprende que los tratamientos considerados presentan una mediana superior a 10 días de duración y que la probabilidad acumulada de supervivencia desciende hasta el 70% al cabo de 10 días <sup>8</sup>.

Y las conclusiones fueron que el abandono del tratamiento con AINEs era inferior en pacientes ancianos. El riesgo de abandono es superior en los pacientes que reciben el tratamiento por reumatismo no articular y en los que no presentan mejoría con el tratamiento o ésta es de carácter leve<sup>8</sup>.

### 2.1.2 Nacionales

Tenemos a Hinojosa N. (2013)<sup>9</sup>. quien en la tesis Factores que predisponen la falta de adherencia al tratamiento odontológico referidos por los pacientes en la clínica odontológica de la UCSM – 2012, (para obtener el Título Profesional de: Cirujano – Dentista), tuvo como objetivos: 1) Detectar los factores predisponentes de la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UCSM- 2012, 2) Identificar el factor de mayor predisposición a la falta de adherencia al tratamiento en la Clínica Odontológica de la UCSM –2012 <sup>9</sup>.

Respecto a su metodología, aplicó una entrevista estructurada durante el mes de abril del 2012 a una muestra de 97 pacientes, (nivel de confianza del 95%). Los resultados se obtuvieron mediante estadística descriptiva se aplicó Chi – cuadrado: utilizando el paquete estadístico SPSS20.0. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa de  $p < 0.05$ . Hallándose del total de 97 pacientes, el 78.4% tenía como factor predeterminante para la falta de adherencia el excesivo tiempo de espera, el 77.3% de ellos tiene como factor el costo del tratamiento, el 67% tienen como factor frecuente el procedimiento prolongado del tratamiento, el 52.6% de los pacientes presentaron un nivel poco frecuente de transporte, el 99% de ellos tienen necesidad de trabajo poco frecuente, el 100% de ellos no tienen la distancia como factor predeterminante para la falta de adherencia <sup>9</sup>.

El 83.5% de los pacientes mostraron un nivel poco frecuente de conflicto conyugal, el 96.9% de ellos tienen necesidad de trabajo poco frecuente, el 89.7% de ellos no tienen personas a su cuidado y el 90.7% de los pacientes presentaron un desaliento familiar poco frecuente. El 85.6% de los pacientes dio un nivel poco frecuente de motivo de viaje, el 97.9% de ellos presentaron un nivel poco frecuente de citas no concretadas y el 57.7% de los pacientes nunca presentaron como factor predeterminante la Ocupación <sup>9</sup>.

Asimismo, el 77.3% de ellos tienen molestias pos tratamiento con un nivel poco frecuente, el 87.6% de ellos tienen una poca frecuencia de ineficacia del tratamiento y el 77.3% de los pacientes presentaron severidad del

tratamiento poco frecuente. El 81.4% de los pacientes nunca presentaron maltrato, el 72.2% de ellos tienen como nivel poco frecuente la inexperiencia del operador y así como el 66% de ellos tienen un nivel de poca frecuencia en la infraestructura como factor predeterminante para la falta de adherencia al tratamiento <sup>9</sup>.

Y su conclusión menciona que los factores que predeterminan la falta de adherencia al tratamiento con mayor frecuencia son el excesivo tiempo de espera, el costo del tratamiento y el procedimiento prolongado <sup>9</sup>.

Apaza G. (2013)<sup>10</sup>, en la tesis Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud - red Tacna febrero 2013; para optar el título de médico cirujano en la Universidad Jorge Basadre Grohmann- Tacan, tuvo como objetivo determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la hipertensión arterial en los pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Policlínico Metropolitano de EsSalud - Red Tacna Febrero 2013 <sup>10</sup>.

Fue un estudio correlativo, prospectivo y observacional. Trabajó con una población de 1563 se encuestaron a 517 pacientes mayores de 18 años utilizando el Test de Morinsky-Green-Levine. Y obtuvo que el 57,1% fueron del sexo femenino, 80,3% tenían más de 60 años, 38,9% tenía 5 años o menos en el programa, 68% presentaron mala adherencia, 40% tenían presión arterial no controlada. Se halló asociación entre el sexo femenino y control de la HTA ( $p=0,019$ ), además de mayor riesgo de HTA no controlada en pacientes mal adherentes ( $OR=1,93$ ). Por consecuencia concluyó que la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia significativamente al no control de la HTA. ( $p=0,001$ ) <sup>10</sup>.

Carhuallanqui R, et al. (2010)<sup>11</sup>. En el trabajo de investigación denominado: Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Tuvieron como Objetivo: determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Respecto a su metodología fue un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia

utilizando el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y se determinó el nivel de presión arterial.

Llegaron a los siguientes resultados: 69,9% eran mujeres, 77,7% tenía un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 52,4% tenían educación primaria, 68% eran casados, 62,1% tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. Se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada ( $p < 0,05$ ). Y la conclusión a la que llegaron: que la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9% <sup>11</sup>.

Padilla MA (2007)<sup>12</sup>. En la tesis Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, HNERM (2007). Realizó un estudio en la población de pacientes de ESSALUD del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Mártins, atendidos en los consultorios de cardiología entre enero y junio del 2007 a través de encuestas en las que posteriormente se determinaron 2 grupos de pacientes denominados adherentes y no adherentes al tratamiento de la hipertensión arterial utilizando para esta clasificación el cuestionario de auto-reporte de Morisky.

Con la utilización de los cuestionarios IPQ-R y BMQ se compararon ambos grupos utilizando las pruebas estadísticas correspondientes a cada grupo de variables. Resultados: Se estudió 153 pacientes de los cuales 45.8% fueron adherentes y 54.2% no adherentes. Se observó que el promedio de edad fue significativamente mayor en el grupo de no adherentes ( $p < 0.001$ ). Los no adherentes tuvieron más fuertes representaciones emocionales ( $p = 0.003$ ). Se encontró una correlación significativa entre edad y percepción acerca del tratamiento (spearman'rho: -0.242) <sup>12</sup>.

Los adherentes tuvieron más altos scores acerca de la necesidad del tratamiento para la hipertensión arterial ( $p = 0.003$ ) y en el grupo de no adherentes tuvieron más alta preocupación específica al tratamiento ( $p = 0.024$ ). Se llegó a la conclusión de que la edad, los factores emocionales relacionados a la percepción de la enfermedad, la comprensión de la enfermedad y las

creencias acerca del tratamiento están fuertemente relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial <sup>12</sup>.

### **2.1.3 Bases teóricas de la investigación**

#### **2.1.3.1 Adherencia Terapéutica <sup>1,4</sup>**

##### **A) Definición<sup>1,4</sup>**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia terapéutica se define como el grado de comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. La OMS, señala que la medición y la evaluación de la adherencia terapéutica es una necesidad continua, que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad.

Sin embargo, el concepto de adherencia ha sido definido de diferentes formas. La Real Academia de la Lengua Española la define como “unión física, pegadura de las cosas”, “cualidad de adherente” <sup>13</sup>.

De otra parte, Areneda<sup>14</sup> refiere que en la literatura se ha optado por hablar de observancia, cumplimiento, adherencia o fidelidad terapéutica, sin que se haya llegado a un consenso sobre el significado exacto de estos conceptos.

A continuación, se presentan algunos de las definiciones más utilizadas.

En la literatura inglesa, los términos de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence) son los de mayor uso, sin embargo, también se han utilizado otros sinónimos tales como cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia <sup>15</sup>. Por su parte, Nogués et al. <sup>16</sup> afirman que la adherencia comprende dos



aspectos: el cumplimiento en la toma de los medicamentos (en cuanto a la dosis y la forma) y la persistencia durante el tiempo de la prescripción.

A pesar de los múltiples conceptos de adherencia, una definición que ha tenido una notable aceptación es la propuesta por Haynes <sup>17</sup>, quien la define como el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario.

Otra de las definiciones aceptadas es la de Gil et al. <sup>18</sup>, quienes definen la adherencia como el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida.

Dicha definición es similar a la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>19</sup>, que define la adherencia terapéutica como: el grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

Estas dos últimas definiciones reconocen que la adherencia no solo involucra la toma de los medicamentos según la prescripción médica, sino también el cumplimiento de otras recomendaciones tales como: la asistencia a citas, cambios en los estilos de vida, entre otras <sup>2</sup>.

En síntesis, se han propuesto varias definiciones de adherencia al régimen terapéutico y la mayoría de estas utilizan diferentes términos tales como: cumplimiento, seguimiento de instrucciones, persistencia, colaboración, alianza, concordancia y adhesión hacia una serie de recomendaciones, entre ellas, tomar la medicación, realizar dieta, hacer ejercicio, asistir a las citas con proveedores y en general realizar cambios en estilo de vida; hecho que pone

en evidencia la complejidad del concepto, la variedad de términos empleados y la falta de consenso entre los autores <sup>2</sup>.

## B) Métodos para medir la adherencia

Al igual que la definición de adherencia, existen múltiples métodos utilizados para medirla; la mayoría orientados a la parte farmacológica, dejando de lado el enfoque integral que involucra el cumplimiento de la dieta, ejercicio, citas programadas, entre otros. Por lo tanto, etiquetar a una persona como adherente o no adherente con el empleo de un método en particular, quizás no corresponda a la realidad de la persona, debido a que existen circunstancias que son temporales y por tanto modificables <sup>18</sup>, es así que, hasta el momento, no se dispone de un patrón oro que permita la evaluación exacta de este concepto.

Sin embargo los métodos utilizados para medir la adherencia se clasifican en directos e indirectos <sup>18, 20</sup>.

Según Osterberg et al. <sup>21</sup>, entre los métodos directos se encuentran la terapia directamente observada, la medición del nivel del medicamento o su metabolito en sangre y la medición del marcador biológico en sangre.

Y en cuanto a los métodos indirectos se hallan los cuestionarios de auto-informes de los pacientes, recuento de pastillas, tasas de recarga del medicamento, evaluación de la respuesta clínica del paciente, monitoreo electrónico de la medicación (MEMS), medición de marcadores fisiológicos, diario de los pacientes, cuestionario para cuidador o tutores en caso de niños.

Según algunos autores <sup>20, 22</sup>, los métodos más utilizados para medir la adherencia son el auto-reporte, los datos de las reposiciones de farmacia, el test de Morisky-Green, el MEMS, la observación directa, el recuento de pastillas y los cuestionarios específicos de la enfermedad y cumplimiento de citas, todos estos con ventajas y desventajas a la hora de su uso.

Algunas de las ventajas de los métodos directos es que son objetivos, específicos y proporcionan los mayores porcentajes de incumplimiento, pero a su vez son caros, sofisticados y fuera del alcance de la atención primaria <sup>18,20</sup>. Por su parte, los métodos indirectos son sencillos, prácticos y económicos, pero tienen el inconveniente de no poder evaluar la adherencia de manera objetiva, debido a que la información es reportada por los mismos pacientes, familiares o alguien del equipo de salud y éstos tienden a sobreestimar el cumplimiento, identificando solo una parte de los no cumplidores <sup>18</sup>.

Entre los métodos indirectos más utilizados se encuentran el auto-informe del paciente, el recuento de pastillas y las reposiciones de farmacia <sup>20</sup>, lo cual puede ser explicado por la practicidad, facilidad y los bajos costos que resultan de su utilización al compararlos con los métodos directos, sin embargo, en la práctica real algunos autores optan por una combinación de los métodos para lograr una medida más real y exacta de la adherencia de la persona al régimen terapéutico.

De la modalidad de autoinforme (método indirecto), el más utilizado es el cuestionario de Morisky-Green, que consta de 4 preguntas que indagan acerca de si el paciente se toma la medicación, si se olvida tomarla y si la suspende cuando se siente bien o mal. Dicho cuestionario determina si la persona es o no cumplidora con la medicación, sin embargo, no considera otros aspectos del régimen terapéutico, como la dieta, la actividad física y el control de factores de riesgo asociados <sup>16</sup>.

Enfermería como parte del equipo de salud también cuenta con instrumentos propios para medir el concepto de adherencia; el libro Nursing Outcomes Classification (NOC), de la Universidad de Iowa 1997 <sup>23</sup>, cuenta con 385 etiquetas de resultados que facilitan evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería en el individuo, la familia o comunidad; entre ellas se encuentra la etiqueta “Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (código 1609)”, definida como “acciones personales para paliar o eliminar una patología” <sup>23</sup>. Dicha etiqueta permite medir de manera integral a través de 17

indicadores, el grado de cumplimiento con respecto a las diferentes recomendaciones dadas por el personal de salud <sup>23</sup>.

El "Cuestionario MBG (Martin\_Bayarre-Grau)<sup>24</sup>

Para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica" (cuestionario MBG, en lo adelante), se aplicó a la muestra de pacientes determinada en cada territorio para identificar la frecuencia de adherencia según niveles.

Niveles de adherencia<sup>24</sup>

Se consideraron tres niveles de adherencia: "total", "parcial" y "no adherencia", a partir de la puntuación que obtuvo el paciente en el cuestionario. Se consideró total: si obtuvo entre 34 y 48 puntos; parcial: entre 33 y 18 y no adherido si obtuvo 17 o menos puntos.

Componentes de la adherencia <sup>24</sup>.

Se consideraron tres componentes que se evalúan a partir de los ítems que integran el cuestionario MBG. Estos son:

- a) implicación personal: ítems: 5, 6, 8, 9, 10.
- b) relacional (relación transaccional entre profesional y paciente): ítems: 7, 11, 12.
- c) Comportamental (cumplimiento del tratamiento): ítems: 1, 2, 3, 4.

Se consideran ítems de bajos resultados aquellos que obtuvieron valores medios inferiores a 2, con resultados intermedios los que alcanzaron valores medios entre 2 y 3 y de mejores resultados los que lograron valores medios superiores a 3 <sup>24</sup>.

A continuación los aspectos que involucra cada una de estos indicadores:

- a) Implicación personal: son aspectos sociales de apoyo, aspectos ambientales, aspectos, culturales y demográficos, relacionados con el paciente como conocimiento, actitudes y motivación, factores emocionales, creencias y capacidad de tomar decisiones
- b) Relacional (relación transaccional entre profesional y paciente): Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud; incluye relación entre paciente y proveedor, acceso al cuidado y escenario del cuidado.
- c) Comportamental (cumplimiento del tratamiento): Factores relacionados con la terapia y los mediadores de dicha terapia.

### **2.1.3.2 Enfermedades y/o trastornos considerados en el presente estudio: fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis**

#### 2.1.3.2.1 Fractura de huesos del cráneo y de la cara

Según la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión - CIE 10 reconoce con el código: (S02) a la entidad denominada fractura de huesos de cráneo y de la cara, con sus subdivisiones: (S02.7) Fracturas múltiples que comprometen el cráneo y los huesos de la cara, (S02.8) Fractura de otros huesos del cráneo y de la cara, (S02.9) Fractura del cráneo y de los huesos de la cara, parte no especificada <sup>25</sup>.

Las fracturas máxilo-faciales del tercio superior, medio e inferior de la cara corresponden a una patología frecuente dentro de la especialidad de Cirugía Cabeza, Cuello y Máxilo-Facial, como consecuencia de traumatismos severos en la región, los mismos que pueden ser de diversa etiología, Las fracturas máxilo-faciales, se dividen en tres tercios: el tercio superior conformado por el hueso frontal, regiones ciliares y superciliares; el tercio medio que es la estructura de mayor complejidad, comprende a los maxilares superiores, al complejo cigomático malar de ambos lados y a la

pirámide nasal, contribuyendo a la formación de importantes estructuras como las órbitas, fosas nasales, reborde alveolar y paladar; por último el tercio inferior que corresponde a las fracturas mandibulares <sup>26</sup>.

A) Las fracturas del tercio superior no presentan una clasificación clara, solo se precisan como fracturas frontales, ciliares y superciliares, a su vez pueden ser simples o conminutas<sup>26</sup>.

B) Las fracturas del tercio medio de la cara se clasifican de la siguiente forma:

B.1) Fracturas unilaterales:

B.1.1 Fracturas del maxilar superior:

- a) Antrales con impactación del complejo cigomático-malar.
- b) Antrales con impactación del complejo cigomático-malar y con compromiso del piso de órbita.
- c) Fractura aislada del piso de la órbita (blow-out).
- d) Fractura del reborde alveolar.

B.1.2 Fracturas del Arco cigomático.

B.1.3 Fracturas de la pirámide nasal.

B.2) Fracturas bilaterales o de Lefort:

B.2.1 Lefort I, horizontal o fractura de Guerin.

B.2. 2 Lefort II o piramidal.

B.2.3 Lefort III o disyunción cráneo-facial.

La fractura antral del complejo cigomático-malar representa el 80 - 85% de las fracturas del tercio medio facial, pudiendo acompañarse en 15% con fractura de piso orbitario y en 40% con fractura de arco cigomático. La fractura del piso de órbita aislada es muy rara y es producida por impacto directo al globo ocular (Blow out), cuya incidencia resulta menos del 1%. La fractura del arco cigomático aislada, producto de un impacto directo en la región lateral de la cara representa del 15 a 20%. La fractura del reborde alveolar, es limitada a una porción del mismo, cursando con la movilidad alveolo-dentaria en "block" de dos o más piezas dentarias. Las fracturas bilaterales del tercio medio facial (Lefort I, II ó III), son menos frecuentes que las unilaterales pero más complejas, aproximadamente 15% de todas ellas; a su vez estas fracturas pueden combinarse entre sí, por ejemplo, fractura tipo Lefort II a un lado y tipo Lefort III al otro <sup>27</sup>.

#### C) Las fracturas del tercio inferior (maxilar inferior),

Se clasifican en: condíleas, subcondíleas, de rama ascendente, angulares, pre-angulares, del cuerpo mandibular, sinfisarias, para-sinfisarias y del reborde alveolar. Estas fracturas podrán ser únicas, dobles o múltiples, así mismo, simples o lineales y conminutas. Pueden comprometer a uno o ambos lados de la mandíbula. Este tipo de fracturas conlleva a un mayor grado de desplazamiento de los fragmentos, debido a las inserciones de los músculos masticatorios. Estas fracturas son consideradas contaminadas por su exposición a cavidad oral o piel, más aún si son conminutas <sup>27</sup>.

#### 2.1.3.2.2 Dientes incluidos e impactados

También según la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión - CIE 10 reconoce con el código: (K01) Dientes retenidos e impactados, y a su vez la sub clasificación: (K01.0) Dientes retenidos y (K01.1) Dientes impactados <sup>25</sup>

## A) Definición

Los términos de inclusión, impactación, retención primaria y retención secundaria en la bibliografía, es frecuente observar que los términos inclusión, impactación y retención se usan erróneamente de forma indistinta. Sin embargo, no son sinónimos si bien los tres se refieren a alteraciones eruptivas.

Así, se denomina impactación a la detención de la erupción de un diente producida o bien por una barrera física (otro diente, hueso o tejidos blandos) en el trayecto de erupción detectable clínica o radiográficamente, o bien por una posición anormal del diente. Si no se puede identificar una barrera física o una posición o un desarrollo anormal como explicación para la interrupción de la erupción de un germen dentario que aún no ha aparecido en la cavidad bucal, hablamos de retención primaria <sup>28</sup>.

La detención de la erupción de un diente después de su aparición en la cavidad bucal sin existir una barrera física en el camino eruptivo, ni una posición anormal del diente se llama retención secundaria. Esta anomalía, también se conoce como reimpactación, infraoclusión, diente sumergido o hipotrusión, y afecta principalmente a dientes temporales y es rara en dientes permanentes <sup>28</sup>.

Por otro lado, un diente incluido es aquel que permanece dentro del hueso y por tanto el término inclusión engloba los conceptos de retención primaria y de impactación ósea. Dentro de la inclusión, podemos distinguir entre la inclusión ectópica, cuando el diente incluido está en una posición anómala pero cercana a su lugar habitual (figura 11.3), y la inclusión heterotópica, cuando el diente se encuentra en una posición anómala más alejada de su localización habitual <sup>28</sup>.

## B) Etiopatogenia

La etiopatogenia de las anomalías de la erupción dentaria no se conoce completamente. El hecho de esta peculiar anormalidad en la erupción de los dientes debe buscarse en su causa primera en el mismo origen de la especie humana en el eslabón en que el hombre como tal inicia su línea evolutiva,



desde Homo habilis a Homo erectus, Homo sapiens y el hombre actual u Homo sapiens sapiens, por lo que ello comportó <sup>28</sup>.

### C) Causas

Los factores causales pueden clasificarse en locales y sistémicos. De los cuales son de nuestro interés las causas locales, que conllevan generalmente a la exodoncia de estas piezas dentarias <sup>29</sup>.

#### Causas locales

Podemos enumerar las siguientes causas locales de inclusión:

Posición irregular del diente o presión de un diente adyacente, lo que podría deberse principalmente, entre otros motivos, a la dirección anómala de erupción del propio diente. Generalmente, la vía anormal de erupción es una manifestación secundaria. Es decir, un mecanismo de adaptación a la falta de espacio, ya sea por la presencia de un diente vecino que actúa como obstáculo o debido a la falta de un tratamiento conservador de los dientes temporarios y la consecuente pérdida de espacio <sup>29</sup>.

Existencia de barreras físicas, (como dientes supernumerarios, fragmentos de raíces, barreras óseas, entre otras). Sin embargo, hay casos en los que sin existir ninguno de estos factores, los dientes erupcionan con una dirección anormal (sería el caso de un traumatismo olvidado por el paciente y que desplazó el germen de su posición original).

Quistes. También pueden provocar vías de erupción anormales, ya sea el origen del quiste en el mismo diente o en uno vecino ubicado próximo al incluido <sup>29</sup>.

Dientes supernumerarios que actúan como barrera. Densidad del hueso. Cuando se ha perdido prematuramente un diente temporal y el germen del diente definitivo está muy alejado de su lugar de erupción en la arcada, es posible que el alvéolo tenga tiempo suficiente para cerrarse con un puente óseo <sup>29</sup>. Este puente óseo, por su consistencia, actúa como una barrera difícil de ser superada por la presión de la erupción del diente definitivo. Si se efectúa la extracción prematura de un diente temporal, se produce la cicatrización tanto del hueso como de la encía o la fibromucosa <sup>29</sup>.

Fibromucosa gruesa o inflamada. El espesor de la zona cicatricial es tanto más importante cuanto más precoz es la pérdida del diente temporal. La zona de fibrosis gingival puede ser un obstáculo más difícil de franquear que la barrera ósea. La extracción realmente prematura de un diente temporal (es decir dos años o más antes de la erupción del diente de reemplazo) puede significar un retraso o incluso la interrupción de la erupción del diente definitivo. Falta de espacio en la arcada dentaria <sup>29</sup>.

#### Causas sistémicas

Existen múltiples causas que provocan falta de espacio en la arcada, lo que es un factor definitivo en la presentación de la inclusión dentaria. Esto se observa en pacientes con hipoplasia mandibular o del maxilar superior. Anomalías en el tamaño y en la forma de los dientes El tamaño viene determinado principalmente por la herencia.

La forma de los dientes también se encuentra íntimamente relacionada con su tamaño. (Por ejemplo, macrodoncia y dilaceraciones) <sup>29</sup>.

#### D) Cuidados postoperatorios

Considerando que el tratamiento fue quirúrgico, entonces en esta etapa, las complicaciones más comunes son de índole infecciosa, debidas la mayoría de las veces al secuestro de fragmentos óseos, necrosados por un excesivo calentamiento, fruto de una refrigeración escasa, o bien de fragmentos libres de hueso no retirados durante la fase de lavado e inspección al final de la intervención quirúrgica <sup>28</sup>.

El tratamiento consistirá en antibioticoterapia oral o parenteral según la severidad del cuadro, drenaje y legrado si es preciso. La formación de un hematoma palatino puede causar dificultades en la curación de la herida y a menudo puede sobre infectarse <sup>28</sup>.

Si se ha llevado a cabo una vía de abordaje palatina, es aconsejable hacer una compresión digital sobre la bóveda palatina durante un mínimo de 5 a 10 minutos, mediante una gasa, con el fin de realizar hemostasia y evitar

complicaciones hemorrágicas o hematomas submucosos, también se puede instruir al paciente para que efectúe dicha maniobra.

Transcurrido ese intervalo, revisaremos nuevamente la zona operatoria. Es recomendable también la utilización de una placa palatina en acrílico o resina previamente dispuesta con objeto de mantener el colgajo firmemente adherido al paladar, y disminuir la probabilidad de aparición de edema o hematomas <sup>28</sup>.

En cuanto a las pautas postoperatorias, serán las mismas que en otras intervenciones de cirugía bucal especialmente de las que se efectúan sobre dientes incluidos, es decir, antibioticoterapia, analgésicos, dieta líquida, etc. Se cita al paciente al cabo de una semana de la intervención quirúrgica, se retiran los puntos de sutura y se comprueba la vitalidad de los dientes vecinos o que pudieron ser traumatizados durante la manipulación quirúrgica, mediante métodos térmicos o eléctricos <sup>28</sup>.

#### 2.1.3.2.3 Celulitis

La última entidad considerada en este estudio es la Celulitis que de acuerdo al CIE 10, tiene el código de (L03) Celulitis <sup>25</sup>.

##### A) Definición

La celulitis es una infección aguda de la piel y del tejido conectivo adyacente, caracterizada por eritema, hinchazón, calor local y dolor. Es común en la población pediátrica, como complicación de un trauma, una picadura de insecto o una úlcera; sin embargo, puede ser observada sin algún trauma visible en la piel <sup>30</sup>.

La celulitis facial afecta la cara, y puede ser de origen odontogénica y no odontogénica. La celulitis facial odontogénica (CFO) se define como una infección difusa de los tejidos blandos de la cara, producto de una infección de las estructuras dentarias y periodontales que se extienden entre el tejido celular a más de una región anatómica o espacio aponeurótico. Es una de las infecciones más frecuentes y la urgencia más grave que puede presentarse en la práctica estomatológica <sup>30</sup>.

## B) Causas de la celulitis facial odontogénica

Las causas dentarias de la CFO incluyen infección por caries o periodontitis crónica, lesiones traumáticas externas o oclusales con inflamación o necrosis pulpar, irritación de la región periapical por manipulación endodóntica, presencia de infecciones por granuloma o quiste periapical o la presencia de dientes retenidos. Las causas peridentarias, que ocurren con menos frecuencia, son la gingivitis, la estomatitis y la alveolitis. El agente etiológico más frecuentemente implicado en la CFO es el *Streptococcus pyogenes*, en ocasiones asociado a otras bacterias de la flora bucal. El *Staphylococcus aureus* puede también ser un agente patógeno causal. Usualmente se asocian a factores predisponentes del huésped, tales como desnutrición, diabetes e inmunodepresión <sup>30</sup>.

## C) Características

La CFO se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes entre los 20 y 30 años y en niños entre los 6 y 11 años de edad.

La CFO se manifiesta clínicamente de forma muy variable, desde un proceso inocuo bien delimitado, hasta un cuadro clínico progresivo y difuso que puede desarrollar complicaciones que llevan al paciente a un estado crítico que pone en riesgo su vida. La zona más afectada en la CFO es la del cuerpo mandibular, la submaxilar y la geniana, donde hay estructuras adyacentes importantes. Cuando se palpa la celulitis en fase temprana es de consistencia blanda, suave con signos inflamatorios. En la fase avanzada o grave, el área afectada adquiere una consistencia dura o de tabla. Puede ser leve en su fase temprana o sumamente agresiva en su etapa avanzada; se extiende rápidamente hacia los tejidos adyacentes y afecta el estado general del paciente <sup>30</sup>.

## D) Complicaciones

Una de las complicaciones posibles de las infecciones odontogénicas son las infecciones periorbitarias, que a su vez pueden desencadenar una trombosis del seno cavernoso y la muerte del paciente <sup>30</sup>.

## E) Diagnóstico

El diagnóstico de la CFO se basa fundamentalmente en criterios clínicos, con signos y síntomas casi específicos de infección odontogénica, tales como fiebre, edema intraoral o extraoral, trismus y odontalgia, un hallazgo común. El estudio radiológico panorámico de la zona afectada es de gran ayuda para el diagnóstico <sup>30</sup>.

## F) Tratamiento

El tratamiento de la CFO está en relación a las condiciones del estado del paciente y el estado evolutivo del cuadro clínico. Es necesario el uso adecuado de antibióticos en dosis, vía y tiempo de administración adecuados y la eliminación de la causa que dio origen a la celulitis <sup>30</sup>.

### 2.1.4 Marco conceptual

- a) Adherencia Terapéutica: Es el grado en el que el paciente sigue las instrucciones médicas <sup>1</sup>.
- b) Fractura de huesos del cráneo y de la cara: fracturas máxilo-faciales del tercio superior, medio e inferior de la cara corresponden a una patología frecuente dentro de la especialidad de Cirugía Cabeza, Cuello y Máxilo-Facial, como consecuencia de traumatismos severos en la región <sup>26</sup>.
- c) Dientes incluidos e impactados: detención de la erupción de un diente producida o bien por una barrera física (otro diente, hueso o tejidos blandos) en el trayecto de erupción detectable clínica o radiográficamente, o bien por una posición anormal del diente <sup>28</sup>.
- d) Celulitis: una infección aguda de la piel y del tejido conectivo adyacente, caracterizada por eritema, hinchazón, calor local y dolor <sup>30</sup>.

## 2.2 Variables

### 2.2.1 Tipos de variables

Variable de la investigación (Cualitativa) <sup>31</sup>

- Adherencia terapéutica

Indicadores

- Implicación personal
- Relacional
- Comportamental

## COVARIABLES

- Enfermedades y/o trastornos odontológicos (Cualitativa)<sup>31</sup>

Indicadores

- fractura de huesos del cráneo y de la cara
  - dientes incluidos e impactados
  - celulitis
- Sexo (Cualitativa)
  - Edad (Cuantitativa)

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Método de la investigación**

En el presente proyecto se empleó como método general el científico, que es evidente en cada una de las etapas que se consideraron desde la observación del problema, su planteamiento, formulación, objetivos, la construcción del marco teórico y el empleo de métodos específicos como el método observacional <sup>31</sup>. Específicamente la observación estructurada por el uso de un cuestionario con datos generales y con las dimensiones correspondientes a la variable adherencia terapéutica.

#### **3.2 Tipo y nivel de investigación**

Según su naturaleza la investigación propuesta fue de tipo básica, por el periodo que se requirió para la recolección de datos y la secuencia del estudio fue de tipo transversal prospectiva y según el nivel fue descriptiva <sup>32</sup>.

### 3.3 Diseño de la investigación

Se realizó un diseño no experimental, descriptivo simple, aplicado a pacientes que hayan sido tratados farmacológicamente por alguno de estos tres diagnósticos fractura de huesos del cráneo y de la cara; dientes incluidos e impactados o celulitis, como resultado de una intervención quirúrgica.

### 3.4 Población de estudio

Pacientes del servicio de odontología, área de cirugía maxilofacial del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides, Carrión – Huancayo durante los meses de Noviembre y Diciembre del año 2017, que hayan sido intervenidos por alguno de estos tres diagnósticos fractura de huesos del cráneo y de la cara; dientes incluidos e impactados o celulitis y recibido tratamiento farmacológico; adultos mayores de 18 años de ambos sexos, que según los datos del año 2016, FUENTE: Base de Datos - HIS- Área de Procesamiento de Datos- UPS-CIRUGÍA MAXILOFACIAL-HNDAC: Morbilidad general por categoría según grupo etario y sexo del año 2016, haciendo un total anual con estos tres diagnóstico de 366 pacientes aprox.

DIRESA JUNIN									
III-E - 00000753 - HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION DE HUANCAYO									
<b>MORBILIDAD</b>									
MORBILIDAD GENERAL POR CATEGORIAS SEGÚN GRUPO ETAREO Y SEXO									
01-ENERO AL 31-DICIEMBRE 2016									
--> UPS CIRUGIA BUCO MAXILOFACIAL; Edad Según ETAPAS DE VIDA / Ambito : TODOS LOS EE.SS ;									
Código	MORBILIDAD	Sexo	TOTAL	0-11A	12-17A	18-29A	30-59A	60A+	TOTAL ANUAL
S02	FRACTURA DE HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA	T	303	38	16	110	114	25	366
		M	213	11	14	85	80	23	
		F	90	27	2	25	34	2	
K01	DIENTES INCLUIDOS E IMPACTADOS	T	116	3	14	78	16	5	
		M	38	3	2	26	4	3	
		F	78	-	12	52	12	2	
L03	CELULITIS	T	20	-	2	4	13	1	
		M	4	-	2	2	-	-	
		F	16	-	-	2	13	1	
TOTALES PARCIALES						192	143	31	
									366

FUENTE: Base de Datos - HIS- Área de Procesamiento de Datos- UPS- CIRUGÍA MAXILOFACIAL-HNDAC



### **3.5 Muestra**

Para determinar el número total de la muestra se empleó el muestreo no probabilístico porque participaron los pacientes con estos tres diagnósticos fractura de huesos del cráneo y de la cara; dientes incluidos e impactados y celulitis que fueron tratados quirúrgicamente y medicados farmacológicamente, adultos mayores de 18 años de ambos sexos, voluntarios. Todos ellos residentes en la Ciudad de Huancayo y que fueron contactados en el servicio de cirugía maxilofacial, inmediatamente después de haber sido sometidos a la intervención quirúrgica para recolectar la información en el periodo posoperatorio y de control que tienen durante los ocho o diez días posteriores a su intervención durante los meses de Noviembre y Diciembre del año 2017, que tomo como referencia el total de atendidos en el año anterior, finalmente fueron 60 pacientes, los que integraron la muestra. Por consecuencia el método para llegar al total de pacientes participantes también se realizó de manera no probabilística.

#### **Criterios de inclusión**

- Tener de 18 años de edad a más.
- Ser residente de la ciudad de Huancayo
- Ser de cualquiera de los dos sexos
- Estar en el hospital durante la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- Estar dispuesto a colaborar con su participación en la investigación.

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con algún trastorno psiquiátrico

Pacientes con algún problema físico limitante para participar en la investigación.

## **3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **3.6.1 Técnica**

La técnica fue la encuesta

### **3.6.2 Instrumento**

El cuestionario consto de tres ítems:

Ítem I: Consentimiento informado, aceptación del encuestado.

Ítem II: Llenado con los datos generales que fueron también consignados en la ficha clínica, son datos importantes del paciente como: sexo, edad, esquema terapéutico y diagnóstico de la enfermedad o trastorno de interés para la presente investigación, por el cual recibió tratamiento farmacológico.

Y el instrumento propiamente dicho es el ítem III: que se aplico fue el cuestionario de Adherencia: "Cuestionario MBG (Martin\_Bayarre-Grau) para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica", que considera tres niveles de adherencia: "total", "parcial" y "no adherencia".

La puntuación de la adherencia al tratamiento del paciente en el cuestionario fue de la siguiente forma:

- adherencia total: si obtiene entre 34 y 48 puntos;
- adherencia parcial: entre 33 y 18 y
- no adherido si obtuviera 17 o menos puntos <sup>3</sup>.

Se consideró tres componentes que se evaluaron a partir de los ítems que integran el cuestionario MBG. Estos son:

a) implicación personal: ítems: 5, 6, 8, 9, 10.

b) relacional (relación transaccional entre profesional y paciente): ítems: 7, 11, 12.

c) Comportamental (cumplimiento del tratamiento): ítems: 1, .2, 3, 4.

Se consideró ítems de bajos resultados aquellos que obtengan valores medios inferiores a 2, con resultados intermedios los que alcancen valores medios entre 2 y 3 y de mejores resultados los que logren valores medios

superiores a 3. Interpretándose por consecuencia la adherencia terapéutica en tres niveles: total, parcial o no adherencia.

### **3.7 Técnicas de procesamiento de la investigación**

Los datos obtenidos a través de los cuestionarios permitieron la elaboración de la base de datos. Para su procesamiento se utilizaron los paquetes de programas SPSS V.20. Las variables cualitativas se midieron mediante frecuencias absolutas y relativas, presentados a través de tablas de frecuencia y sus gráficos respectivos.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. Descripción de los resultados de la variable de estudio

A continuación, se analizan los resultados obtenidos en la presente investigación siguiendo los objetivos planteados. Se utilizó como modelo el cuestionario MBG (Martin\_Bayarre-Grau) para el nivel de Adherencia terapéutica en pacientes del área de cirugía maxilofacial, que está constituido por 3 dimensiones sobre las cuales el entrevistado se manifiesta en una escala de valores: Nunca, Casi nunca, Casi siempre, Siempre.

Para la construcción y posterior lectura de los cuadros, tablas y figuras correspondientes a las frecuencias de los puntajes de la variable nivel de adherencia terapéutica, se debe partir de los niveles existentes para cada variable. Los mismos que se aprecian a continuación:

**Cuadro N° 01.**  
**Niveles de las variables de investigación**

Calificación \ Variable	NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA
No adherencia	0 – 17
Adherencia parcial	18 – 33
Adherencia total	34 – 48

Fuente: Baremos existentes en los instrumentos de investigación

#### 4.1.1 Resultados de la variable Nivel de adherencia terapéutica

A continuación, se aprecia la distribución de encuestados del total de puntajes de la variable Nivel de adherencia terapéutica, en donde 100% de puntajes equivale a 2880, obtenido de multiplicar 60 sujetos por 48 puntajes cada uno.

**Tabla 1**  
Resultado de la variable nivel de adherencia terapéutica

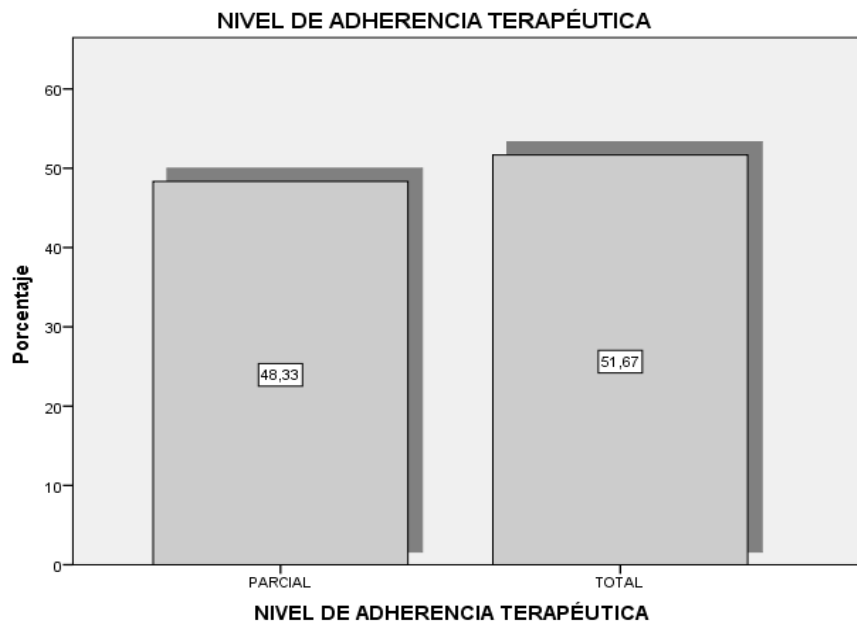
#### NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
PARCIAL	29	48,3	48,3	48,3
TOTAL	31	51,7	51,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

#### GRÁFICO N° 1

Resultado de la variable nivel de adherencia terapéutica



De la tabla 1 y gráfico 1, se puede observar que de los 60 pacientes a quienes se les aplicó la escala de medición de la variable Nivel de adherencia terapéutica la alternativa "total" es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 51.7% de la muestra, equivalente a 31 datos, mientras que la alternativa "parcial" significa el 48.3% con 29 datos. Los resultados

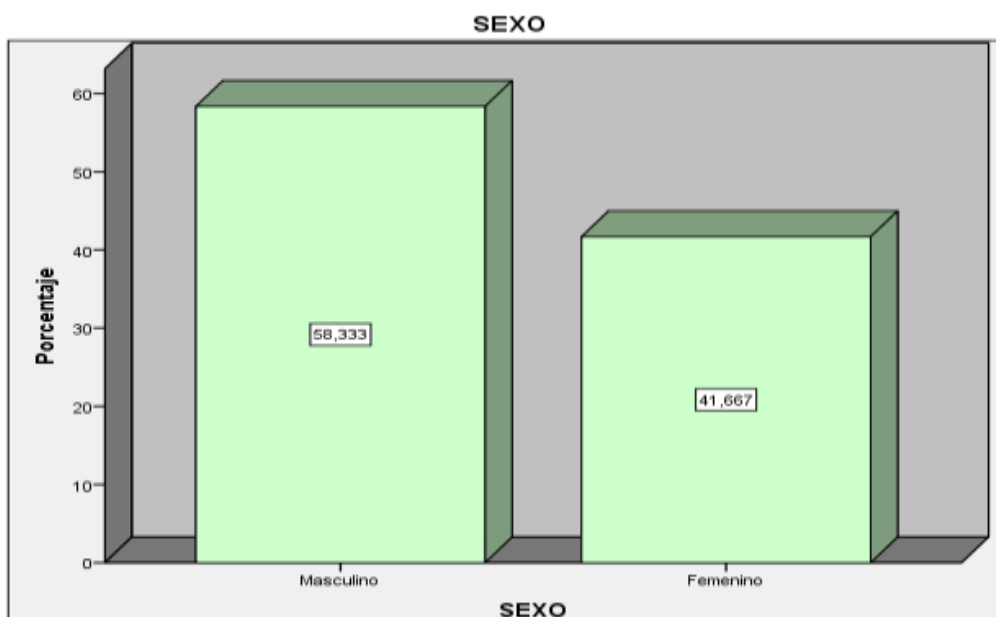
indican que los pacientes, poseen una tendencia positiva en los puntajes, lo cual quiere decir que el nivel de adherencia terapéutica existente, según el criterio de los colaboradores, posee un nivel medio alto.

#### 4.1.2 Resultados de los Datos Generales

**Tabla 2. Sexo de los pacientes**

SEXO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	35	58,3	58,3
	Femenino	25	41,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0

**Grafico 2. Sexo de los pacientes**

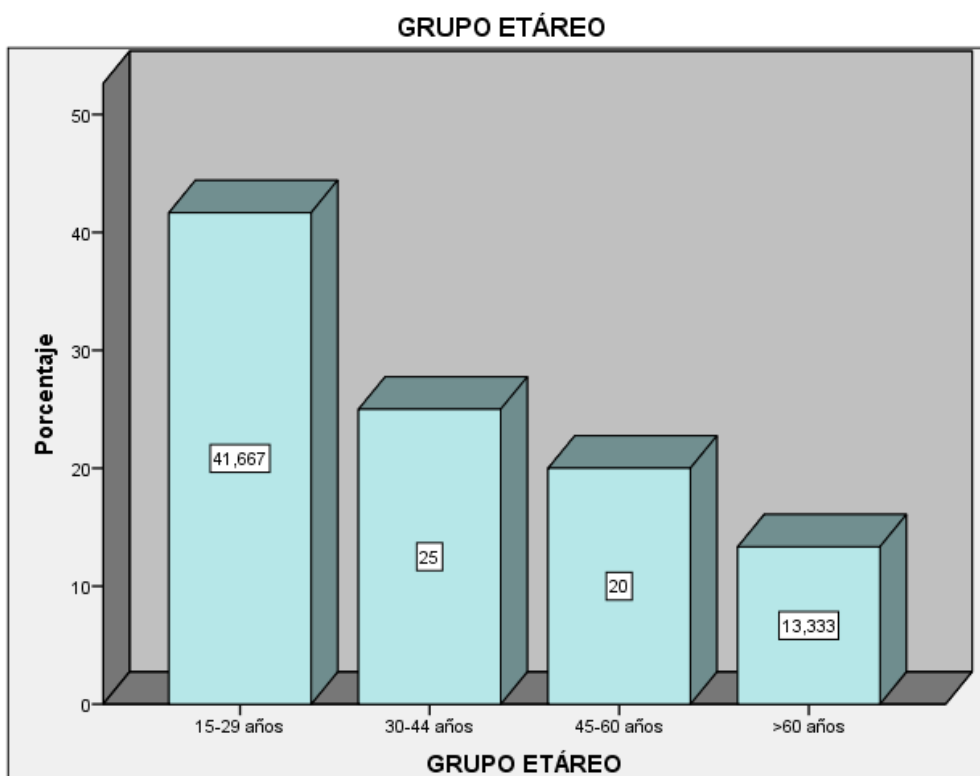


De la tabla 2 y gráfico 2, se observa que de los 60 pacientes a quienes se les aplicó la escala de medición de la variable sexo, la mayoría pertenecen al sexo masculino con un 58.3% equivalente a 35 personas, y el 41.7% pertenecen al sexo femenino y equivalen a 25 personas.

**Tabla 3. Grupo etario de pacientes**

GRUPO ETÁRIO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	15-29 años	25	41,7	41,7
	30-44 años	15	25,0	66,7
	45-60 años	12	20,0	86,7
	>60 años	8	13,3	100,0
	Total	60	100,0	

**Grafico 3. Grupo etario de pacientes**



De la tabla 3 y grafico 3, se puede observar que de los 60 pacientes a quienes se les aplicó la escala de medición de la variable grupo atareo un 41.7 % tienen edades entre 15 a 29 (25 encuestados); 25% de edades entre 30 a 44 (15 encuestados); 20% de edades entre 45 a 60 (12 encuestados) y por último 13,3% los mayores de 60 años (8 encuestados)

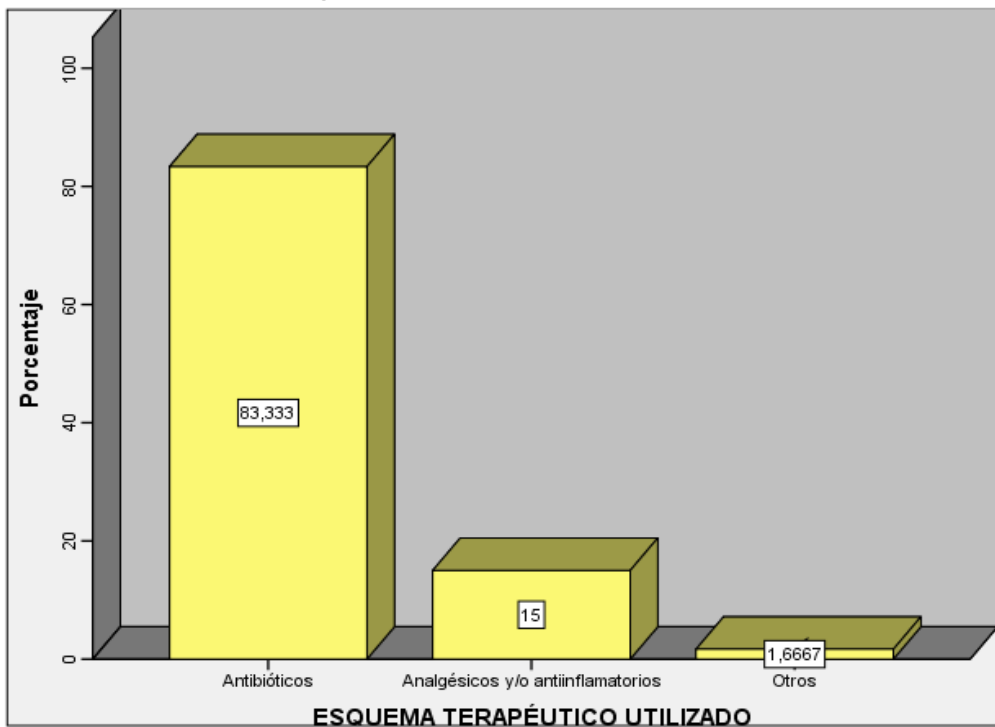
**Tabla 4. Esquema terapéutico utilizado**

**ESQUEMA TERAPÉUTICO UTILIZADO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Antibióticos	50	83,3	83,3	83,3
Analgésicos y/o antiinflamatorios	9	15,0	15,0	98,3
Otros	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

**Grafico 4. Esquema terapéutico utilizado**

**ESQUEMA TERAPÉUTICO UTILIZADO**



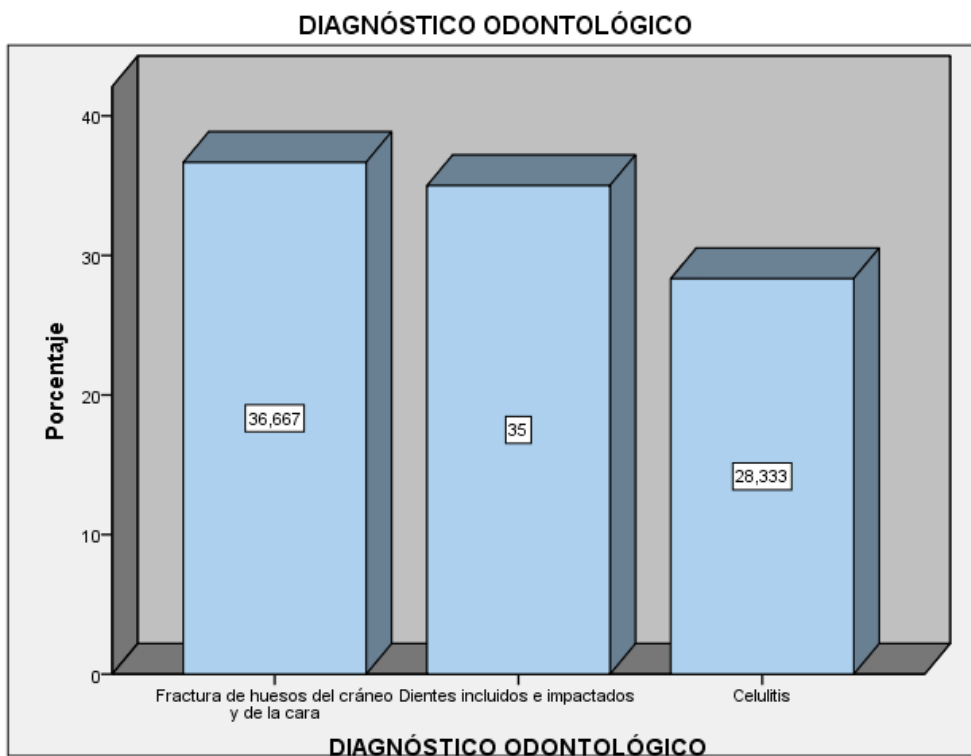
De la tabla 4 y grafico 4, se puede observar que de los 60 pacientes a quienes se les aplicó la escala de medición de la variable esquema terapéutico un 83,3 % utilizaron antibióticos (50 encuestados); 15% utilizaron analgésicos y/o antiinflamatorios (9 encuestados) y otros medicamentos 1.7% (1 encuestado).



**Tabla 5. Diagnóstico odontológico de los pacientes**

DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Fractura de huesos del cráneo y de la cara	22	36,7	36,7
	Dientes incluidos e impactados	21	35,0	71,7
	Celulitis	17	28,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0

**Grafico 5. Diagnóstico odontológico de los pacientes**



De la tabla 5 y Grafico 5, se puede observar que de los 60 pacientes a quienes se les aplicó la escala de medición de la variable Diagnóstico odontológico un 36,7% fractura de huesos del cráneo y de la cara (22 encuestados), 35% dientes incluidos e impactados (21 encuestados), 28,3% celulitis (17 encuestados)

### 4.1.3. Resultados de los componentes de la variable adherencia terapéutica

#### 4.1.3.1. Resultados componente implicación personal

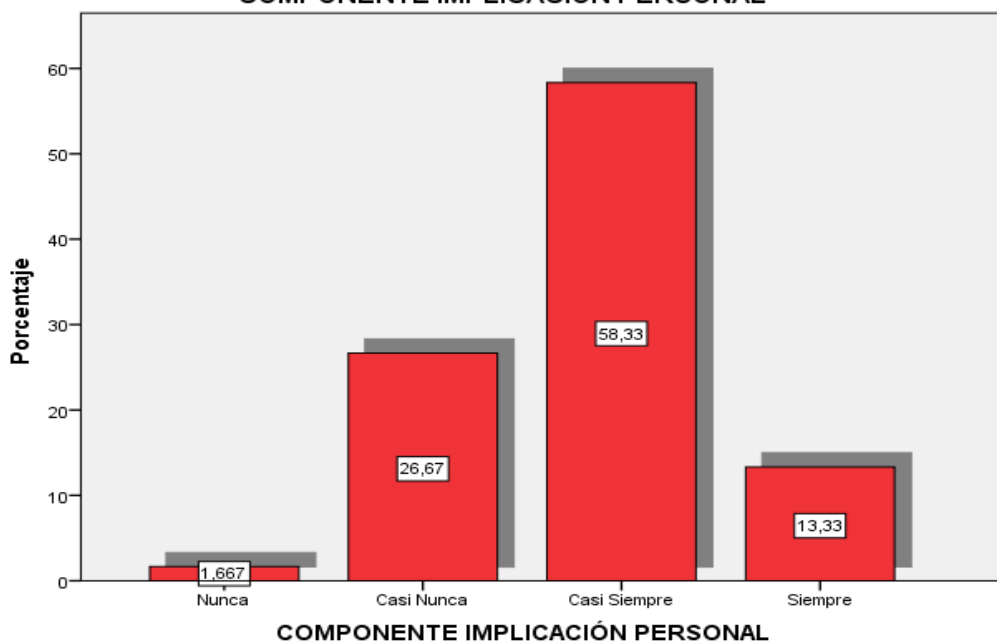
**Tabla 6**  
**COMPONENTE IMPLICACIÓN PERSONAL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	1	1,7	1,7	1,7
Casi Nunca	16	26,7	26,7	28,3
Válidos Casi Siempre	35	58,3	58,3	86,7
Siempre	8	13,3	13,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

**Fuente:** aplicación del instrumento de investigación

**GRÁFICO N° 6**

**COMPONENTE IMPLICACIÓN PERSONAL**



**Fuente:** aplicación del instrumento de investigación

#### **Interpretación:**

De la tabla 6 y gráfico 6, se puede observar que de los 60 pacientes la alternativa “siempre” tiene una presencia de 13,3% (8 encuestados), “casi siempre” tiene una presencia de 58,3% (35 encuestados), “casi nunca” una presencia de 26,7%(16 encuestados) y “nunca” una presencia de 1,7% (1 encuestado).

#### 4.1.3.2. Resultados del componente relacional profesional-paciente

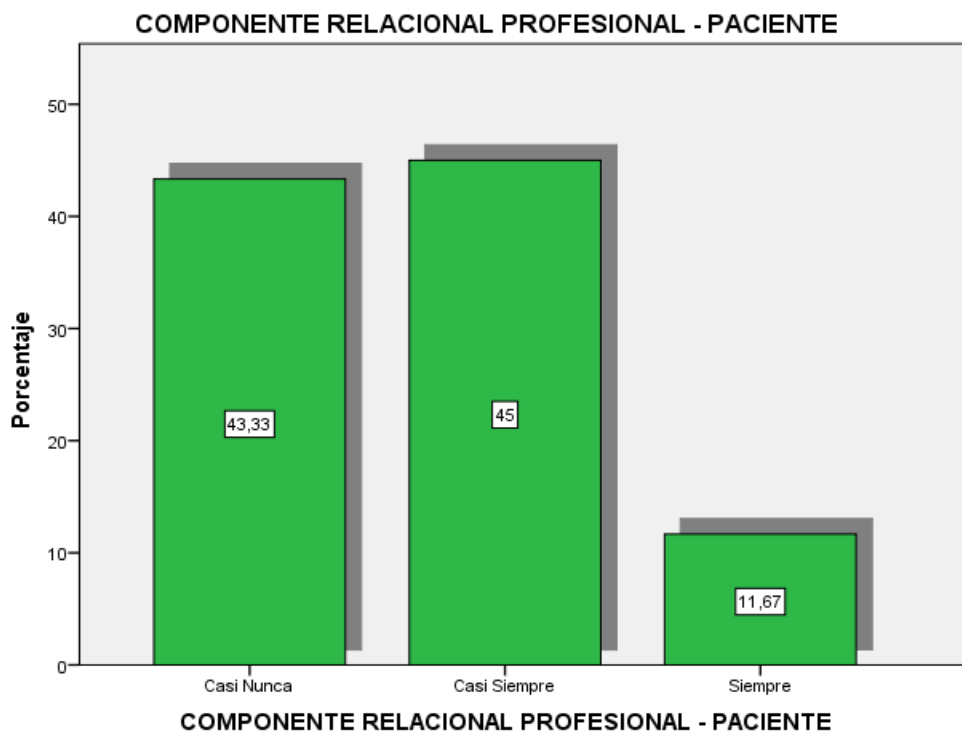
Tabla 7

##### COMPONENTE RELACIONAL PROFESIONAL – PACIENTE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi Nunca	26	43,3	43,3
	Casi Siempre	27	45,0	88,3
	Siempre	7	11,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

GRÁFICO N°7



Fuente: aplicación del instrumento de investigación

#### Interpretación:

De la tabla 7 y gráfico 7, se puede observar que de los 60 pacientes encuestados la alternativa “siempre” tiene una presencia de 11,7% (7 encuestados), “casi siempre” tiene una presencia de 45% (27 encuestados), “casi nunca” una presencia de 43,3%(26 encuestados) y “nunca” una presencia de 0% (0 encuestado)

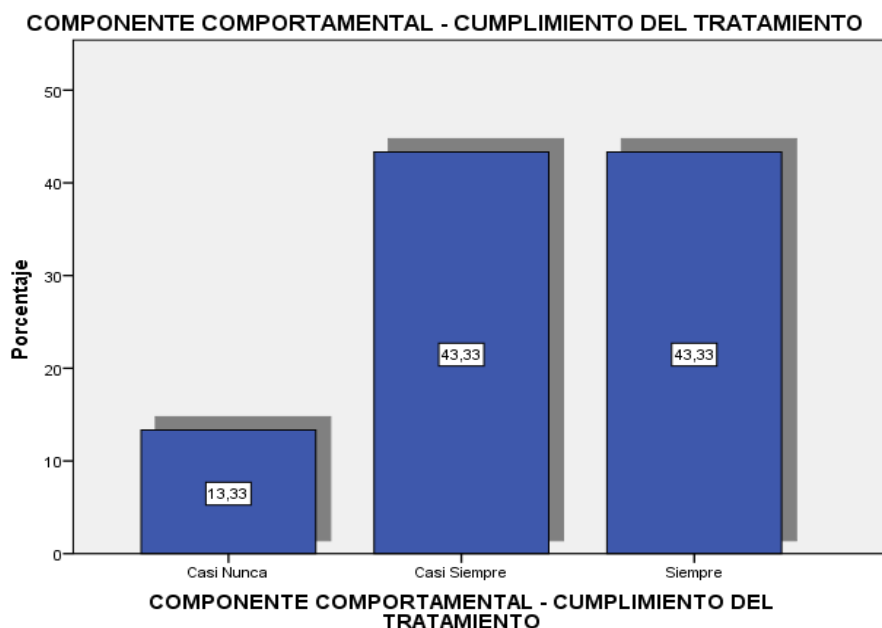
#### 4.1.3.3. Resultados del componente comportamental – cumplimiento del tratamiento

**Tabla 8**  
**COMPONENTE COMPORTAMENTAL - CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	8	13,3	13,3	13,3
Casi Siempre	26	43,3	43,3	56,7
Siempre	26	43,3	43,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

**GRÁFICO N° 8**



Fuente: aplicación del instrumento de investigación

#### **Interpretación:**

De la tabla 8 y grafico 8, se puede deducir que de los 60 pacientes encuestados la alternativa “siempre” tiene una presencia de 43,3% (26 encuestados), “casi siempre” tiene una presencia de 43,3% (26 encuestados), “casi nunca” una presencia de 13,3%(8 encuestados) y “nunca” una presencia de 0% (0 encuestado).

#### 4.1.4. Resultados de tablas de referencia cruzada

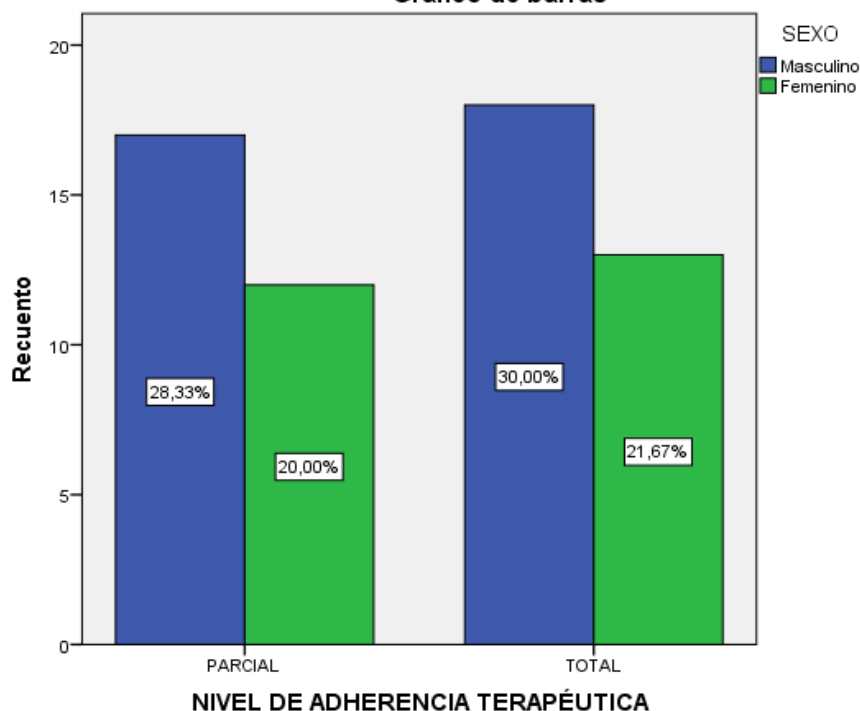
##### 4.1.4.1. Tabla de contingencia

**Tabla 9**  
Tabla de contingencia NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA \* SEXO

			SEXO		Total
			Masculino	Femenino	
NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA	PARCIAL	Recuento	17	12	29
		% del total	28,3%	20,0%	48,3%
	TOTAL	Recuento	18	13	31
		% del total	30,0%	21,7%	51,7%
Total	Recuento	35	25	60	
	% del total	58,3%	41,7%	100,0%	

**GRÁFICO N° 9**

Gráfico de barras



#### Interpretación:

De la tabla 9 y gráfico 9, se puede deducir que de los 60 pacientes su nivel de adherencia en el sexo masculino es 58,3% - 35 pacientes; nivel de adherencia total (30% - 18 encuestados) y nivel de adherencia parcial (28,3% - 17 encuestados). El nivel de adherencia en el sexo femenino es 41,7% - 25 encuestados).

pacientes; nivel de adherencia total (21,7% - 13 encuestados) y nivel de adherencia parcial (20% - 12 encuestados).

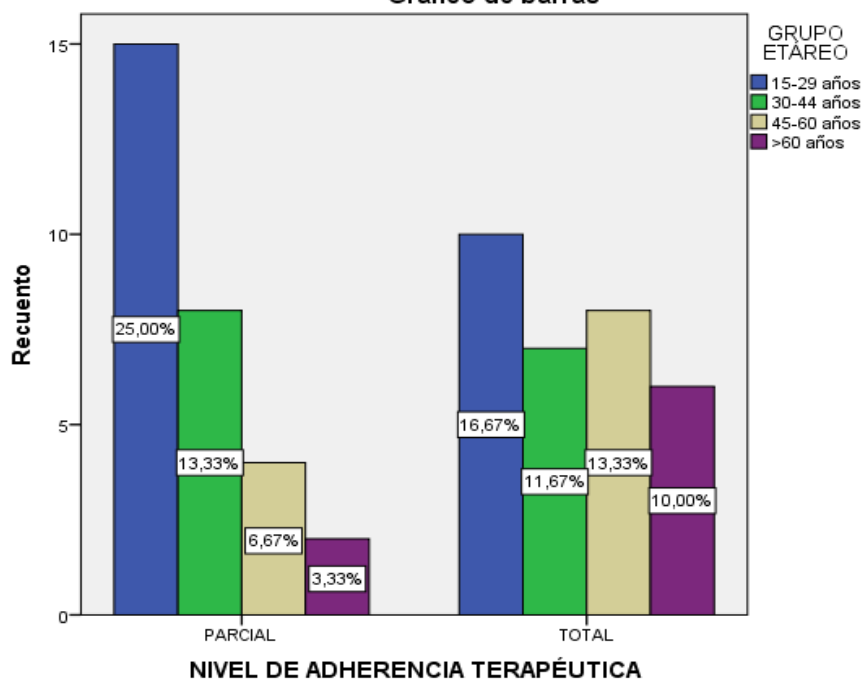
#### 4.1.4.2. Tabla de contingencia

**Tabla 10**  
Tabla de contingencia NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA \* GRUPO ETÁREO

			GRUPO ETÁREO				Total
			15-29 años	30-44 años	45-60 años	>60 años	
NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA	PARCIAL	Recuento	15	8	4	2	29
		% del total	25,0%	13,3%	6,7%	3,3%	48,3%
	TOTAL	Recuento	10	7	8	6	31
		% del total	16,7%	11,7%	13,3%	10,0%	51,7%
Total	Recuento	25	15	12	8	60	
	% del total	41,7%	25,0%	20,0%	13,3%	100,0%	

#### GRÁFICO N° 10

Gráfico de barras



#### Interpretación:

De la tabla 10 y gráfico 10, se puede observar que de los 60 pacientes encuestados el nivel de adherencia por grupo etario es de 15 a 29 años 41,7%

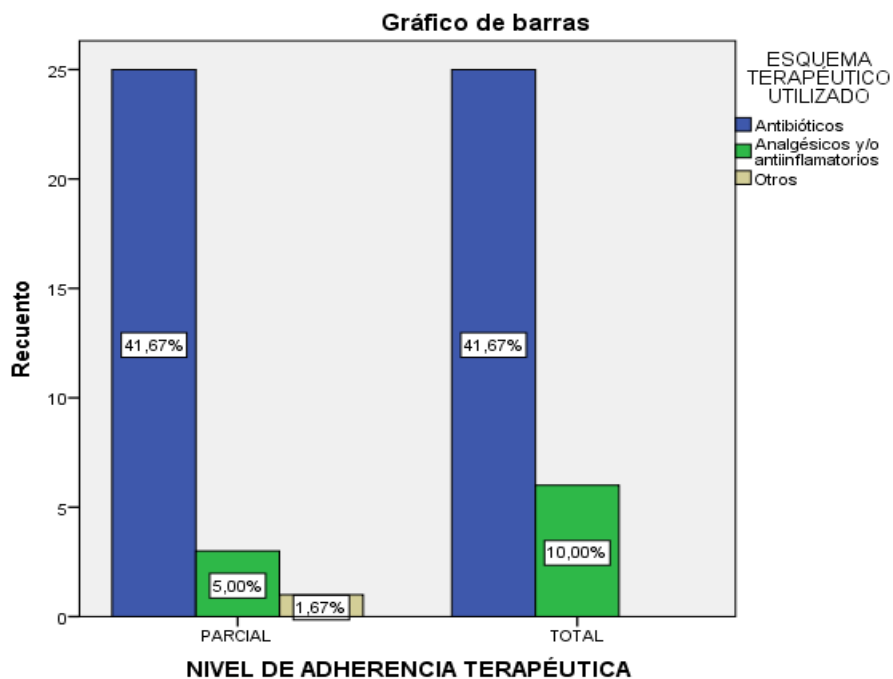
nivel de adherencia (total 16,7% - 10 pacientes y parcial 25% - 15 pacientes). De 30 a 44 años 25% nivel de adherencia (total 11,7% - 7 pacientes y parcial 13,3% - 8 pacientes). De 45 a 60 años 20% nivel de adherencia (total 13,3% - 8 pacientes y parcial 6,7% - 4 pacientes). Mayores de 60 años 13,3% nivel de adherencia (total 10% - 6 pacientes y parcial 3,3% - 2 pacientes).

#### 4.1.4.3. Tabla de contingencia

**Tabla 11**  
Tabla de contingencia NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA \* ESQUEMA TERAPÉUTICO UTILIZADO

			ESQUEMA TERAPÉUTICO UTILIZADO			Total
			Antibióticos	Analgésicos y/o antiinflamatorios	Otros	
NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA	PARCIAL	Recuento	25	3	1	29
		% del total	41,7%	5,0%	1,7%	48,3%
	TOTAL	Recuento	25	6	0	31
		% del total	41,7%	10,0%	0,0%	51,7%
Total	Recuento	50	9	1	60	
	% del total	83,3%	15,0%	1,7%	100,0%	

#### GRÁFICO N° 11



**Interpretación:**

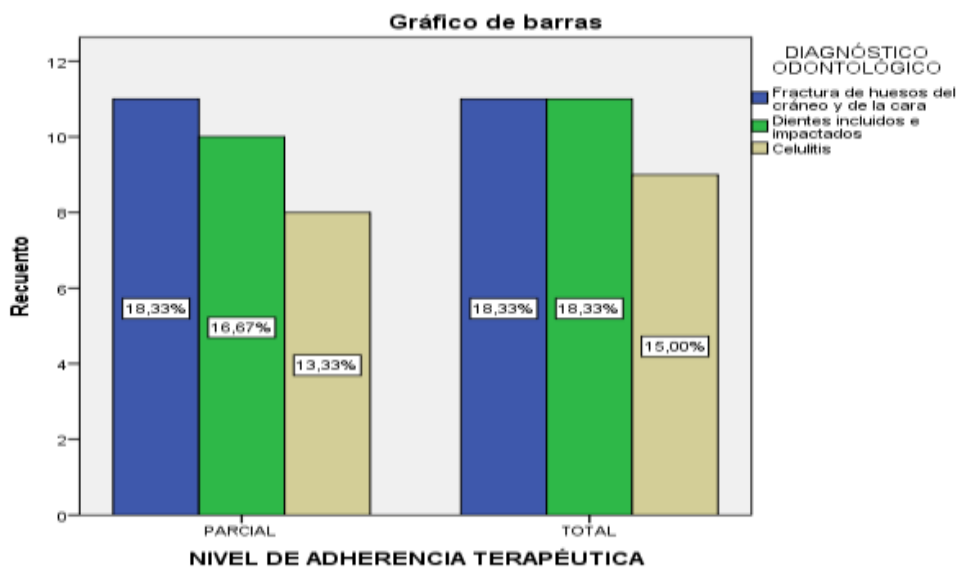
De la tabla 11 y grafico 11, se puede observar que de los 60 pacientes encuestados el nivel de adherencia antibiótica es de 83,3% - 50 pacientes (total 41,7% - 25 pacientes y parcial 41,7% - 25 pacientes). El nivel de adherencia analgésica y/o antiinflamatoria 15% - 9 pacientes (total 10% - 6 pacientes y parcial 5% - 3 pacientes). El nivel de adherencia a otros fármacos 1,7% - 1 pacientes (total 0% - 0 pacientes y parcial 1,7% - 1 pacientes).

**4.1.4.4. Tabla de contingencia**

**Tabla 12**  
**Tabla de contingencia NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA \* DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO**

			DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO			Total
			Fractura de huesos del cráneo y de la cara	Dientes incluidos e impactados	Celulitis	
NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA	PARCIAL	Recuento	11	10	8	29
		% del total	18,3%	16,7%	13,3%	48,3%
	TOTAL	Recuento	11	11	9	31
		% del total	18,3%	18,3%	15,0%	51,7%
Total	Recuento	22	21	17	60	
	% del total	36,7%	35,0%	28,3%	100,0%	

**GRÁFICO N° 12**





**Interpretación:**

De la tabla 12 y gráfico 12, se puede observar que de los 60 pacientes encuestados la mayoría que tienen un nivel de adherencia total; fractura de hueso del cráneo y cara siendo un 36,7% - 22 pacientes (total 18,3% - 11 pacientes y parcial 18,3% - 11 pacientes). El nivel de adherencia con diagnóstico dientes incluidos e impactados es de 35% - 21 pacientes (total 18,3% - 11 pacientes y parcial 16,7% - 10 pacientes). El nivel de adherencia con diagnóstico celulitis es de 28,3% - 17 pacientes (total 15% - 9 pacientes y parcial 13,3% - 8 pacientes).

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

Después del análisis de los resultados estadísticos de pruebas y test estadísticos realizados a las encuestas y la interpretación de estos mismos, se presenta la siguiente discusión:

Primero es necesario entender que adherencia terapéutica es el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas <sup>1</sup>. Del mismo modo es importante definir las características de los pacientes que fueron encuestados, donde encontramos fractura de huesos del cráneo y de la cara: estas se clasifican de diferente forma, pero para el presente estudio se consideró las fracturas máxilo-faciales del tercio superior, medio e inferior de la cara que corresponden a una patología frecuente dentro de la especialidad de Cirugía Cabeza, Cuello y Máxilo-Facial, como consecuencia de traumatismos severos en la región <sup>26</sup>.

El otro grupo de trastornos considerados para la evaluación de la adherencia fueron los pacientes con dientes incluidos e impactados, que son la detención de la erupción de un diente producida o bien por una barrera física (otro diente, hueso o tejidos blandos) en el trayecto de erupción detectable clínicamente o radiográficamente, o bien por una posición anormal del diente <sup>28</sup>.

También incluiremos el diagnóstico de celulitis: una infección aguda de la piel y del tejido conectivo adyacente, caracterizada por eritema, hinchazón, calor local y dolor <sup>30</sup>.

En primer término, respecto al objetivo general, que dice: describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en el segundo semestre del año 2017.

Se encontró según la tabla 1 y grafico 1, de los 60 pacientes encuestados podemos afirmar que el nivel de adherencia terapéutica en el servicio de cirugía maxilofacial existe un 51,7% de nivel adherencia total y 48,3% de adherencia parcial.

Estos resultados encontrados tienen similitud con lo señalado por Martín et. al. (2015)<sup>3</sup>, donde sus resultados son de 50% de adherencia total, seguida la adherencia parcial y con valores inferiores la no adherencia.

También se encontró similitud en el estudio de Díaz S, et al. (2014)<sup>6</sup> en la investigación: Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de la Facultad de odontología de la Universidad de Cartagena, se plantearon el objetivo de describir la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en la población que acudía a la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena. Y la conclusión fue: que las condiciones de salud de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en la población estudiada intervinieron de forma positiva en la adherencia debido al conocimiento que tiene los pacientes acerca de su enfermedad y la motivación para tratarla <sup>6</sup>.

Del mismo modo el estudio de Padilla MA (2007)<sup>12</sup>. En la tesis Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, HNERM (2007). Realizó un estudio en la población de pacientes de ESSALUD del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Mártins, atendidos en los consultorios de cardiología entre Enero y Junio del 2007 a través de encuestas en las que posteriormente se determinaron 2 grupos de pacientes denominados adherentes y no adherentes al tratamiento de la hipertensión arterial utilizando para esta clasificación el

cuestionario de auto-reporte de Morisky. Con la utilización de los cuestionarios IPQ-R y BMQ se compararon ambos grupos utilizando las pruebas estadísticas correspondientes a cada grupo de variables. Resultados: Se estudió 153 pacientes de los cuales 45.8% fueron adherentes y 54.2% no adherentes.

Realizo un estudio similar Veliz, et. al. (2015)<sup>4</sup>, sobre; adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile, donde el total de participantes fue 157; donde solo 40 (15,6%) manifestaron practicar ejercicios físicos al menos tres veces a la semana entre 30 a 45 minutos.

Difiere el estudio de Hinojosa N. (2013)<sup>9</sup>. quien en la tesis factores que predisponen la falta de adherencia al tratamiento odontológico referidos por los pacientes en la clínica odontológica de la UCSM – 2012; llego a la conclusión que, los que predeterminan la falta de adherencia al tratamiento con mayor frecuencia son el excesivo tiempo de espera, el costo del tratamiento y el procedimiento prolongado<sup>9</sup>.

Donde también difiere Apaza G. (2013)<sup>10</sup> en la tesis adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Es salud - red Tacna febrero 2013; 68% presentaron mala adherencia.

Así mismo difiere Carhuallanqui R, et al. (2010)<sup>11</sup>. En el trabajo de investigación denominado: adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general, donde llegaron a una conclusión: que la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%<sup>11</sup>.

Nuestro trabajo de investigación tiene un predominio de nivel de adherencia total, porque los factores socioeconómicos son más factibles como indica Veliz, et. al. (2015)<sup>4</sup>. en su investigación, concluyeron que los diversos factores sociales pueden constituir una barrera al momento de cumplir con el tratamiento, tales como el nivel socioeconómico y educacional; del mismo modo afirma esto Hinojosa N. (2013)<sup>9</sup>. Donde llego a la conclusión de que los factores que predeterminan la falta de adherencia al tratamiento con mayor frecuencia son el excesivo tiempo de espera, el costo del tratamiento y el procedimiento prolongado<sup>9</sup>. a diferencia de nuestro trabajo de investigación estos factores como el costo del tratamiento son gratuitos en los pacientes con SIS y en los que no presentan SIS, los precios son muy cómodos; en el

aspecto de procedimiento prolongado, nuestros diagnósticos son de muy corta intervención quirúrgica y el tiempo de espera es relativamente aceptable; todo esto gracias a que nuestra recolección de datos se realizó a pacientes del servicio de maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo.

En segundo término, respecto al objetivo específico que menciona: caracterizar la muestra estudiada en base a los componentes de sexo y grupo etario al que pertenecen.

Se encontró de la tabla 2-3 y gráfico 2-3, de los 60 encuestados; 35 (58,3%) fueron masculinos y 25 (41,7%) femeninos. También se observa en la tabla 3 y gráfico 3 el grupo etario nos muestra que 41,7 % tienen edades entre 15 a 29 (25 encuestados); 25% de edades entre 30 a 44 (15 encuestados); 20% de edades entre 45 a 60 (12 encuestados) y por último 13,3% los mayores de 60 años (8 encuestados).

Estos resultados encontrados difieren de lo señalado por Veliz, et. al. (2015) <sup>4</sup> realizaron el trabajo; adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile, Del total de participantes, 157 (61,1%) fueron mujeres. La media de la edad fue de 50 a 47 años.

También difiere con lo señalado por Castañeda (2015)<sup>5</sup> en su investigación; calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica, 75.31% son mujeres, con rango de edad predominante es mayores de 60 años (48.73%), y en los grupos de 18 a 35 años y 36 a 59 años se ubicó 15.82% y 35.44% respectivamente <sup>5</sup>.

Del mismo modo difiere Apaza G. (2013)<sup>10</sup>, en la tesis adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Es salud - red Tacna febrero 2013; Trabajó con una población de 1563 se encuestaron a 517 pacientes mayores de 18 años utilizando el Test de Morinsky-Green-Levine. Y obtuvo que el 57,1% fueron del sexo femenino, 80,3% tenían más de 60 años, 38,9% tenía 5 años o menos en el programa.

Presentando similitud la investigación de Diaz S, et al. (2014)<sup>6</sup> en la investigación: Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en

pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de la Facultad de odontología de la Universidad de Cartagena. En los resultados, observaron que los hombres superan en cantidad a las mujeres encuestadas con un 53,7%. El grupo etáreo más frecuente corresponde al grupo de adultos mayores con un 43,7%, casi toda la población se encuentra ubicada entre los estratos 1 y 2, contando con ingresos menores o iguales a dos salarios mínimos para satisfacer sus necesidades básicas.

También presenta similitud el estudio de Carhuallanqui R, et al. (2010)<sup>11</sup>. En el trabajo de investigación denominado: adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Llegaron a los siguientes resultados: 69,9% eran mujeres, 77,7% tenía un tiempo de enfermedad mayor de tres años.

Así mismo Lloret A, et al. (2005)<sup>8</sup>, en el artículo de investigación: Adherencia al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, se propusieron como objetivo determinar la adherencia al tratamiento con AINEs prescritos para alivio del dolor en el ámbito de Atención Primaria, estimar la probabilidad de abandono en los días siguientes a su prescripción y reconocer factores y pronósticos relacionados con el cumplimiento. 32 reconocieron haber abandonado el tratamiento con AINEs (27,8%), siendo su edad media (47,59 años  $\pm$  2,6 DE) significativamente inferior ( $p=0,01$ ) a la de los pacientes que cumplieron con la pauta prescrita (56,1 $\pm$ 1,8 DE). Y las conclusiones fueron que el abandono del tratamiento con AINEs era inferior en pacientes ancianos.

Respecto al objetivo específico que dice: caracterizar la muestra estudiada en base al esquema terapéutico de los encuestados. Los resultados de la tabla 4 y gráfico 4, muestran que de los 60 pacientes el 83,3 % utilizaron antibióticos (50 encuestados); 15% utilizaron analgésicos y/o antiinflamatorios (9 encuestados) y otros medicamentos 1.7% (1 encuestado).

Estos resultados difieren con el estudio de Lloret A, et al. (2005)<sup>8</sup>, en el artículo de investigación: Adherencia al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, se propusieron como objetivo determinar la adherencia al tratamiento con AINEs prescritos para alivio del dolor en el ámbito de atención primaria; se buscaba estimar la probabilidad de abandono en los días siguientes a su prescripción y reconocer factores pronósticos relacionados con el cumplimiento. Los resultados a los que llegaron fue que entre los 115

pacientes en los que se pudo completar el seguimiento, 32 reconocieron haber abandonado el tratamiento con AINEs (27,8%).

Respecto al objetivo específico que menciona: clasificar la muestra estudiada de acuerdo al diagnóstico odontológico de fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en el segundo semestre del año 2017. Según la tabla 5 y gráfico 5 se encontró que de 60 pacientes un 36,7% presenta diagnóstico odontológico fractura de huesos del cráneo y de la cara (22 encuestados), 35% dientes incluidos e impactados (21 encuestados), 28,3% celulitis (17 encuestados)

Así mismo difiere el estudio de Veliz, et. al. (2015)<sup>4</sup>, respecto al diagnóstico médico, 195 (75,8%) presentaron hipertensión arterial (HTA), 124 (48,2%) tenían diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y 166 (64,5%) presentaron dislipidemia<sup>4</sup>

Del mismo modo también difiere Castañeda (2015)<sup>5</sup>, los diagnósticos médicos más frecuentes fueron Cáncer de mama (16.45%), Cáncer de Cérvix (23.41%), Cáncer de piel (11.39%) y Cáncer de estómago (8.22%), con estadios IIIB y IV, en el 41.13% de la muestra<sup>5</sup>

Respecto al objetivo específico que menciona: identificar el nivel de adherencia terapéutica en el componente implicación personal, de los pacientes con fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, con el cuestionario de MBG para evaluación de adherencia terapéutica. Los resultados obtenidos según la tabla 6 y gráfico 6 nos muestra que la alternativa “siempre” tiene una presencia de 13,3% (8 encuestados), “casi siempre” tiene una presencia de 58,3% (35 encuestados), “casi nunca” una presencia de 26,7%(16 encuestados) y “nunca” una presencia de 1,7% (1 encuestado).

Es importante entender que el componente implicación personal son aspectos sociales de apoyo, aspectos ambientales, aspectos, culturales y demográficos, relacionados con el paciente como conocimiento, actitudes y motivación, factores emocionales, creencias y capacidad de tomar decisiones.

Martín et. al. (2015)<sup>3</sup> en su tesis adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas, encuestado a 588 pacientes de 29 a 59 años de edad. Obteniendo un resultado favorable en el componente implicancia personal, del mismo modo nuestro trabajo de investigación es favorecido por este componente.

Respecto al objetivo específico que menciona: Identificar el nivel de adherencia terapéutica en el componente relacional profesional-paciente, de los pacientes con fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, con el cuestionario de MBG para evaluación de adherencia terapéutica. Los resultados obtenidos según la tabla 7 y grafico 7 nos muestra que la alternativa “siempre” tiene una presencia de 11,7% (7 encuestados), “casi siempre” tiene una presencia de 45% (27 encuestados), “casi nunca” una presencia de 43,3%(26 encuestados) y “nunca” una presencia de 0% (0 encuestado).

Es importante entender que el componente relacional (relación transaccional entre profesional y paciente): son los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud; incluye relación entre paciente y proveedor, acceso al cuidado y escenario del cuidado.

Este es lo que necesitamos mejorar porque la encuesta nos muestra un 43,3% que respondió “casi nunca”, esto podría estar siendo perjudicado por el exceso de pacientes, falta de comunicación con el paciente y también por la falta de confianza del paciente hacia el profesional. Y esto es afirmado por Martín et. al. (2015)<sup>3</sup> en su tesis adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas, encuestado a 588 pacientes de 29 a 59 años de edad. Donde concluyo con una desfavorable relación profesional-paciente, así mismo Díaz S, et al. (2014)<sup>6</sup> en su trabajo de investigación adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de la Facultad de odontología de la Universidad de Cartagena – Colombia. Encuestado a 186 pacientes mayores de 20 años de edad, concluyendo que existe una relación baja entre médico y paciente.

Respecto al objetivo específico que menciona: Identificar el nivel de adherencia terapéutica en el componente comportamental – cumplimiento del tratamiento, de los pacientes con fractura de huesos del cráneo y de la cara,



dientes incluidos e impactados y celulitis, con el cuestionario de MBG para evaluación de adherencia terapéutica. Los resultados obtenidos según la tabla 8 y grafico 8 nos muestra que la alternativa “siempre” tiene una presencia de 43,3% (26 encuestados), “casi siempre” tiene una presencia de 43,3% (26 encuestados), “casi nunca” una presencia de 13,3%(8 encuestados) y “nunca” una presencia de 0% (0 encuestado).

Es importante entender que el componente comportamental (cumplimiento del tratamiento): factores relacionados con la terapia y los mediadores de dicha terapia.

Esto nos muestra que existe un porcentaje considerable de responsabilidad del paciente para que su adherencia terapéutica sea buena del mismo modo Martín et. al. (2015)<sup>3</sup> afirma estos resultados en su tesis adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas, encuestó a 588 pacientes de 29 a 59 años de edad. Donde concluyo con un favorable componente comportamental.

Respecto al objetivo específico que menciona: describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, de acuerdo al sexo. Los resultados según tabla 9 y grafico 9 nos indica que el nivel de adherencia en el sexo masculino es 58,3% - 35 pacientes; nivel de adherencia total (30% - 18 encuestados) y nivel de adherencia parcial (28,3% - 17 encuestados). El nivel de adherencia en el sexo femenino es 41,7% - 25 pacientes; nivel de adherencia total (21,7% - 13 encuestados) y nivel de adherencia parcial (20% - 12 encuestados).

Apaza G. (2013)<sup>10</sup> en su trabajo de investigación titulada Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Es salud - red Tacna febrero 2013; el encuestó a 517 pacientes, de los cuales 57,1% fueron del sexo femenino, concluyendo con un 68% de mala adherencia tratamiento, pero por lo contrario Lloret A, et al. (2005) <sup>8</sup> en su tesis adherencia al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. Trabajo con un 57,6% de mujeres presentando un 56% de

adherencia al tratamiento. Por ello nosotros creemos que no presenta mucha influencia el porcentaje del sexo.

Respecto al objetivo específico que menciona: describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, de acuerdo al grupo etario. Los resultados según tabla 10 y grafico 10 nos muestra el nivel de adherencia por grupo etario. De 15 a 29 años 41,7% nivel de adherencia (total 16,7% - 10 pacientes y parcial 25% - 15 pacientes). De 30 a 44 años 25% nivel de adherencia (total 11,7% - 7 pacientes y parcial 13,3% - 8 pacientes). De 45 a 60 años 20% nivel de adherencia (total 13,3% - 8 pacientes y parcial 6,7% - 4 pacientes). Mayores de 60 años 13,3% nivel de adherencia (total 10% - 6 pacientes y parcial 3,3% - 2 pacientes).

Un aspecto a nuestro favor fue solo tener 8 encuestados mayores de 60 años, como indica Padilla MA (2007)<sup>12</sup> en su trabajo de investigación; que la edad y las creencias acerca del tratamiento están fuertemente relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial; Resultados: Se estudió 153 pacientes de los cuales 45.8% fueron adherentes y 54.2% no adherentes (pacientes mayores de 60 años). así mismo valida este aspecto Apaza G. (2013)<sup>10</sup> en su trabajo de investigación titulada Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Es salud - red Tacna febrero 2013; donde un 80,3% tenían más de 60 años presentando una mala adherencia al tratamiento de 68%. Así mismo comparte esto Carhuallanqui R, et al. (2010)<sup>11</sup> en su investigación titulada adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Donde un 80% de encuestados eran mayores de 60 años de edad presentando una adherencia al tratamiento farmacológico de 37,9% también se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo.

Nuestro trabajo de investigación obtuvo mejor resultado porque nuestros encuestados eran mayores de 18 años, así lo señala también Lloret A, et al. (2005)<sup>8</sup> en el artículo de investigación: Adherencia al tratamiento con

antiinflamatorios no esteroideos donde concluyo que el del tratamiento con AINEs era mayor en pacientes de 14 años.

Respecto al objetivo específico que menciona: describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, de acuerdo al esquema terapéutico. Los resultados tabla 11 y grafico 11 nos resalta que el nivel de adherencia antibiótica es de 83,3% - 50 pacientes (total 41,7% - 25 pacientes y parcial 41,7% - 25 pacientes). El nivel de adherencia analgésica y/o antiinflamatoria 15% - 9 pacientes (total 10% - 9 pacientes y parcial 5% - 3 pacientes). El nivel de adherencia a otros fármacos 1,7% - 1 pacientes (total 0% - 0 pacientes y parcial 1,7% - 1 pacientes).

Nuestro trabajo de investigación obtuvo similitud con el trabajo de investigación de Lloret A, et al. (2005)<sup>8</sup> en el artículo de investigación: Adherencia al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, concluyendo que el abandono es superior en tratamiento por reumatismo no articular y los que presentan dolor leve, del mismo modo nuestros encuestados presentar mayor adherencia terapéutica por ser de carácter moderado o severo los signos y síntomas posquirúrgica.

Finalmente, respecto al objetivo específico que menciona: describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, de acuerdo a diagnostico odontológico. Los resultados de tabla 12 y grafico 12 nos indica que el nivel de adherencia con diagnostico fractura de huesos del cráneo y cara es de 36,7% - 22 pacientes (total 18,3% - 11 pacientes y parcial 18,3% - 11 pacientes). El nivel de adherencia con diagnostico dientes incluidos e impactados es de 35% - 21 pacientes (total 18,3% - 11 pacientes y parcial 16,7% - 10 pacientes). El nivel de adherencia con diagnostico celulitis es de 28,3% - 17 pacientes (total 15% - 9 pacientes y parcial 13,3% - 8 pacientes).

Los diagnósticos considerados en nuestro trabajo de investigación son de tratamientos farmacológicos cortos a diferencia de todos los trabajos de investigación mencionados en nuestros antecedentes como Padilla MA

(2007)<sup>12</sup>, Carhuallanqui R, et al. (2010)<sup>11</sup>, Apaza G. (2013)<sup>10</sup> y Veliz, et. al. (2015)<sup>4</sup>, ellos trabajaron en enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares) y por ello necesitan tratamientos farmacológicos de larga duración.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES**

1. Los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en el segundo semestre del año 2017, es de 51,7% adherencia total y 48,3% adherencia parcial.
2. La muestra estuvo constituida por un 58,3% de pacientes de sexo masculino y 41,7% femenino. Y de acuerdo al grupo etario el 41.7 % tuvieron las edades entre 15 a 29; 25% de edades entre 30 a 44; 20% de edades entre 45 a 60 y 13,3% los mayores de 60 años.
3. La muestra en estudio, de acuerdo al esquema terapéutico estuvo constituida por el 83,3 % que utilizaron antibióticos; 15% analgésicos y/o antiinflamatorios y 1.7% otros medicamentos.
4. La muestra según diagnóstico odontológico, presentó el 36,7% diagnóstico de fractura de huesos del cráneo y de la cara, 35% dientes incluidos e impactados y 28,3% celulitis.

5. El componente implicación personal, de la adherencia terapéutica, obtuvo en la alternativa “siempre” el 13,3%, “casi siempre” el 58,3%, “casi nunca” el 26,7% y “nunca” el 1,7%.
6. El componente relacional profesional-paciente de la adherencia terapéutica, obtuvo en la alternativa “siempre” el 11,7%, “casi siempre” el 45%, “casi nunca” 43,3% y “nunca” una presencia de 0%.
7. El componente comportamental – cumplimiento del tratamiento de la adherencia terapéutica, obtuvo en la alternativa “siempre” el 43,3%, “casi siempre” 43,3%, “casi nunca” 13,3% y “nunca” 0%.
8. La adherencia terapéutica, según sexo, alcanzó en el sexo masculino una adherencia total del 30% y adherencia parcial del 28, 3%. Y en el sexo femenino, adherencia total 21,7% y adherencia parcial 20%.
9. La adherencia terapéutica, según el grupo etario fue, en el grupo de 15 a 29 años 41,7% (adherencia total 16,7% y parcial 25%), de 30 a 44 años 25% (adherencia total 11,7% y parcial 13,3%), de 45 a 60 años 20% (adherencia total 13,3% y parcial 6,7%). Mayores de 60 años 13,3% (adherencia total 10% y parcial 3,3%).
10. La adherencia terapéutica, según el esquema terapéutico, alcanzó, para los tratamientos con antibióticos un 83,3% (total 41,7% y parcial 41,7%), tratamientos con analgésicos y/o antiinflamatorios 15% (total 10% y parcial 5%) y otros fármacos 1,7% (total 0% y parcial 1,7%).
11. La adherencia terapéutica, según el diagnóstico odontológico, obtuvo, para el diagnóstico fractura de huesos del cráneo y cara el 36,7% (total 18,3% y parcial 18,3%); diagnóstico de dientes incluidos e impactados el 35% (total 18,3% y parcial 16,7%) y celulitis el 28,3% (total 15% y parcial 13,3%).

## **CAPÍTULO VII**

### **RECOMENDACIONES**

- En este estudio se halló que el nivel de adherencia terapéutica es, parcial y total. Lo cual nos hace ver la realidad de una problemática en cuanto a la adherencia terapéutica parcial, puesto que no es un cumplimiento total al tratamiento, aspecto que deben tener en cuenta los profesionales que prescriben los tratamientos terapéuticos.
- Se recomienda al director del hospital DAC mejorar las gestiones financieras, para así de ese modo tener siempre los fármacos recetados por los profesionales, y asegurar que los pacientes puedan adquirir sus medicamentos a precios accesibles y sobretodo que exista en stock.
- Se recomienda a los pacientes, tener actitud aceptable y motivacional para adherirse a su tratamiento terapéutico y que deban prestar atención al profesional para elevar la adherencia terapéutica a un 100%.
- A los profesionales y pacientes, sensibilizarlos acerca de la importancia de terminar correctamente su terapia farmacológica porque ayuda a reducir complicaciones postquirúrgicas y resistencias bacterianas.

- Se recomienda a los profesionales encargados de las terapias farmacológicas tener una relación horizontal con el paciente. Explicar detalladamente sus recetas y dejar abierta la opción de preguntas que pueden surgir de los pacientes.
- Se recomienda a los internos de todas las facultades, realizar seguimientos a los pacientes, para con ello asegurar el nivel de adherencia terapéutica total.
- Se recomienda para futuras investigaciones identificar los factores que ocasionan que el paciente no presente adherencia terapéutica postquirúrgica en el departamento de odontoestomatología.



## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra:OMS; 2004.
2. López LA, Romero SL, Parra DI, Rojas LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoc. salud.* 2016; 21(1): 117-137
3. Martín L, Bayarre H, Grau J. Validación del cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cubana Salud Pública.* 2008 [citado 2 Sept 2014];34(1). Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es).
4. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2015;32(1):51-7
5. Castañeda A. Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *Cuba.Rev Cuid* 2015; 6(1): 906-13.
6. Diaz S, Gonzalez Y, Núñez L. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena. Tesis. Facultad de odontología. Cartagena de Indias. 2014
7. Rocío Soria Trujano<sup>1</sup>; Cynthia Zaira Vega Valero; Carlos Nava Quiroz. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Altern. psicol.* v.14 n.20 México mar. 2009.
8. Lloret A, Campo JM, Soriano H, Galdón P, Gómez D, López-Torres Jesús. Adherencia al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. *Revista Clínica de Medicina de Familia [en línea]* 2005, 1 (Junio) : [Fecha de consulta: 16 de septiembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169617604004>> ISSN 1699-695X
9. Hinojosa N. Factores que predisponen la falta de adherencia al tratamiento odontológico referidos por los pacientes en la clínica odontológica de la UCSM - 2012. [Tesis para obtener el Título

- Profesional de: Cirujano – Dentista]. Universidad Católica de Santa María Facultad de odontología. Arequipa. 2013.
10. Apaza G. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud - red Tacna Febrero 2013. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Jorge Basadre. Tacna. 2013
  11. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered. 2010 .21(4):197- 201. Disponible en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2010000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2010000400005&script=sci_arttext)
  12. Padilla Cabello MA. Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, HNERM enero-junio 2007. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en la web: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/padilla\\_cm/pdf/padilla\\_cm.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/padilla_cm/pdf/padilla_cm.pdf)
  13. Real Academia Española. [Página en Internet]. España: DRAE; c2010 [actualizada 16 febrero 2010; consultado 21 marzo 2013]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=adherencia>
  14. Araneda M. Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1, durante la adolescencia. Una perspectiva psicológica. Rev Chil Pediatr. 2009; 80(6): 560-569.
  15. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cub Salud Publica [revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2013 Ene 16]; 30(4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662004000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000400008&lng=es)
  16. Nogués X, Sorli ML, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An Med Interna 2007; 24(3):138-41.
  17. Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.
  18. García AM, Leiva F, Martos F, García AJ, Prados D, Sánchez et al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Medicina de Familia (And). 2000; 1(1):13-19.

19. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. 2004.
20. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication Adherence: Its Importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*. 2009; 119: (1)3028-3035.
21. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005; 353 (5): 487– 497.
22. Berg KM, Arnsten JH. Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010; 43(1): 1-16.
23. NOC. Clasificación de Resultados de Enfermería. 4 ed. Madrid: Elsevier, 2009.
24. Martín A, Bayarre H, Corugedo MC, Vento F, La Rosa Y, Orbay MC. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(1): 33-45
25. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Decima revision - CIE 10 <http://www.visitaodontologica.com/ARCHIVOS/ARCHIVOS-NORMAS/TABLAS/CIE%2010%20ODONTOLOGIA.pdf>
26. Avello F. Epidemiología y clasificación de las fracturas máxilo-faciales - Hospital nacional dos de mayo. [Tesis para optar el título de médico especialista en cirugía de cabeza, cuello y máxilo-facial]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Unidad de posgrado. 2002
27. Avello, A.: Fracturas del tercio medio facial, tratamiento y resultados sobre 650 casos. *Rev. Acad. Per. Cir*. 36: 21, 1982.
28. Gay C, Berini L. Tratado de cirugía bucal. Ediciones Ergon. 2011. p 639
29. Sole P, Zivov A, Rojas R. Cirugía bucal: para pregrado y el odontólogo general. Bases de la cirugía bucal. Editorial: Amolca. Madrid 2011. P 468
30. Sánchez L. Celulitis facial odontogénica en niños. *DERMATOL PERU* 2012; VOL 23 (2)

31. Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ta edición. México: Editorial Mc Graw-Hill; 2006.
32. Valderrama S. Pasos para elaborar Proyectos y Tesis de Investigación científica. Lima: Editorial San Marcos E.I.R.L.; 2010.

## IX. ANEXOS

### ANEXO N° 1 CUESTIONARIO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

FICHA N°: .....

Ítem I: Consentimiento informado, aceptación del encuestado.

Ítem II: Llenado desde la ficha clínica, con datos importantes del paciente como: sexo, edad, esquema terapéutico y enfermedad o trastorno odontológico por el que recibe terapia farmacológica

Ítem III: Cuestionario de Adherencia terapéutica, el cuestionario está formado por 12 preguntas y 4 alternativas, al final se sumara y colocara el valor obtenido, luego se obtendrá el nivel de adherencia como puede ser: Total (34 a 48 puntos), Parcial (18 a 33 puntos), No adherencia (menos de 17 puntos).

#### **Ítem I: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, ..... con DNI.....

He sido informado por los estudiantes: BARZOLA ILIZARBE, William Juan y SALAS CARHUAMACA, Juan Abel, de la Escuela de Estomatología de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, que desarrollan un trabajo de investigación con fines de hacer su tesis, acerca de la Adherencia terapéutica en pacientes tratados quirúrgica y farmacológicamente en el área de cirugía maxilofacial del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo, es por ello que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cual ha sido mi comportamiento en la toma de medicamentos.
2. Permito que los investigadores utilicen la información sin dar a conocer mi identidad con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que los investigadores tengan acceso a mi identidad, la que no será revelada por él manteniéndose el anonimato.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la aplicación del cuestionario.

\_\_\_\_\_  
Firma

Huancayo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2017

**Ítem II: Llenado de datos generales entrevista o ficha clínica:**

<b>1. Sexo:</b>	1. Masculino	2. Femenino
<b>2. Edad:</b>		
<b>3. Esquema Terapéutico utilizado:</b>	1. Antibióticos	
	2. Analgésicos y/o antiinflamatorios	
	3. Otros	
<b>4. Enfermedad o trastorno por el cual fue tratado</b>	1. fractura de huesos del cráneo y de la cara	
	2. dientes incluidos e impactados	
	3. Celulitis	

**Item: III Cuestionario de Adherencia terapéutica**

Item		Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1.	Toma medicamentos en el horario establecido				
2.	Toma las dosis indicadas				
3.	Cumple indicaciones de la dieta				
4.	Asiste a las consultas de seguimiento de su tratamiento				
5.	Realiza los ejercicios físicos indicados				
6.	Acomoda sus horarios a la medicación				
7.	Usted y su dentista, deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir				
8.	Cumple sin supervisión de su familia o amigos				
9.	Lleva el tratamiento sin esfuerzos				
10.	Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento				
11.	Usted y su dentista, analizan como cumplir el tratamiento				
12.	Tiene la posibilidad de				

	manifestar aceptación del tratamiento				
--	---------------------------------------	--	--	--	--

VALOR FINAL OBTENIDO	NIVEL DE ADHERENCIA	Marcar con aspa el resultado obtenido
	TOTAL (34 a 48 puntos)	
	PARCIAL (18 a 33 puntos)	
	NO ADHERENCIA (menos de 17 puntos)	

Fuente: El "Cuestionario MBG (Martin\_Bayarre-Grau)

## Anexo 2

### Resultados del Juicio de expertos



#### PROMEDIO DE VALORACIÓN

100%

#### OPINIÓN DE APLICABILIDAD

a) Deficiente    B) Baja    C) Regular    D) Buena    E) Muy Buena

Nombres y Apellidos: Edgar Fernando Almonacid Sosa

DNI: 23705190    Teléfono/Celular: 968006016

Dirección domiciliaria: Paseo San Jorge N° 121 - Huancayo

Título profesional: Cirujano Dentista

Grado académico: Magister

Mención: Docencia y Gestión Educativa

  
Firma  
Lugar y fecha: Huancayo 06 NOVIEMBRE DEL 2017





PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- a) Deficiente    B) Baja    C) Regular    D) Buena    E) Muy Buena

Nombres y Apellidos: David Elias Proscopio Peralta

DNI: 10273270    Teléfono/Celular: 964944446

Dirección domiciliaria: Av. D.A. Carrión

Título profesional: Cirujano Dentista

Grado académico: Maestro

Mención: ESTODIATOLOGIA

  
Firma  
Lugar y fecha: Hueso 17, Noviembre 2017



PROMEDIO DE VALORACIÓN

100 %

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- a) Deficiente    B) Baja    C) Regular    D) Buena    E) Muy Buena

Nombres y Apellidos: Juan José Buendo Sazo

DNI: 12221241    Teléfono/Celular: 954083871

Dirección domiciliaria: Pasaje Aurora # 705 - San Carlos

Título profesional: Cuzpaa Dentista

Grado académico: Magister en estomatología

Mención:

  
Firma  
Lugar y fecha: Huancayo 23 de Octubre 2017

PROMEDIO DE VALORACIÓN

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

a) Deficiente    B) Baja    C) Regular    **D) Buena**    E) Muy Buena

Nombres y Apellidos: *Nilbert Manzanares Carbajal*  
DNI: *04071609*    Teléfono/Celular: *9496 57000*  
Dirección domiciliaria: *Fr. Pedro Calvez 1380.*  
Título profesional: *Cirurgano dentista*  
Grado académico: *Esp. en cirugía y traumatología buco maxilo facial*  
Mención: .....

  
Firma  
Lugar y fecha: *Huancayo 25 de octubre 2017.*

### Anexo 3

#### Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>VARIABLE DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>Adherencia terapéutica</p>	<p>El grado en el que el paciente sigue las instrucciones médicas. (Organización Mundial de la Salud, 2004)<sup>8</sup></p>	<p>Responde positivamente a los 12 enunciados del cuestionario de evaluación de adherencia terapéutica MBG.</p>	<p>- Implicancia personal</p> <p>- Relacional</p> <p>- Comportamental</p>	<p>ORDINAL</p> <p>Total</p> <p>- Entre 34 y 48 puntos</p> <p>Parcial</p> <p>- Entre 33 y 18</p> <p>No adherencia</p> <p>- 17 o menos puntos</p>
<p>COVARIABLES</p> <p>- Enfermedades o trastorno odontológico</p> <p>- Sexo</p> <p>- Edad</p>	<p>Enfermedades de larga duración y de progresión lenta.<sup>26</sup></p> <p>Características fenotípicas que diferencian a un hombre de una mujer.</p> <p>Años de acuerdo a la cronología y de desarrollo del individuo, según el DNI.</p>	<p>Identificación del rubro sexo en el DNI</p> <p>Años cumplidos a la fecha de ser encuestado y clasificación dentro del Subprograma de Salud que pertenezca.</p>	<p>- Fractura de huesos del cráneo y de la cara</p> <p>- Dientes incluidos e impactados</p> <p>- Celulitis</p> <p>Masculino</p> <p>Femenino</p> <p>- Adulto: desde los 18 años a más cumplidos a la fecha del estudio.</p>	<p>NOMINAL</p> <p>NOMINAL</p> <p>DE RAZÓN</p>

**ANEXO 4**  
**MATRÍZ DE CONSISTENCIA**

**TÍTULO:** Adherencia terapéutica en pacientes del área de cirugía maxilofacial de un hospital regional docente clínico quirúrgico de Huancayo - 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE DE INVESTIGACIÓN	INDICADORES	MÉTODOLOGÍA
¿Cuáles son los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en el segundo semestre del año 2017?	<p><b>General</b> Describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el servicio de odontología, en el área de cirugía maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en el segundo semestre del año 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caracterizar la muestra estudiada en base a los componentes de sexo y grupo etario al que pertenecen.</li> <li>2. Caracterizar la muestra estudiada en base al esquema terapéutico de los encuestados.</li> <li>3. Clasificar la muestra estudiada de acuerdo al diagnóstico odontológico de fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en el segundo semestre del año 2017</li> <li>4. Identificar el nivel de adherencia terapéutica en el componente implicación personal, de los pacientes con fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, con el cuestionario de MBG para evaluación de adherencia terapéutica.</li> <li>5. Identificar el nivel de adherencia terapéutica en el componente relacional profesional-paciente, de los pacientes con fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, con el cuestionario de MBG para evaluación de adherencia terapéutica.</li> <li>6. Identificar el nivel de adherencia terapéutica en el componente comportamental – cumplimiento del tratamiento, de los pacientes con fractura de huesos del cráneo y de la cara,</li> </ol>	Adherencia terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implicación personal</li> <li>- Relacional</li> <li>- Comportamental</li> </ul>	<p>- <b>Método</b> general el científico, específico la observación.</p> <p>- <b>Tipo y nivel.</b>- Básica, transversal prospectiva y de nivel descriptivo.</p> <p>- <b>Diseño.</b>- No experimental (descriptivo simple).</p> <p>- <b>Población.</b>- <b>336</b> pacientes que hayan sido intervenidos por alguno de estos tres diagnósticos fractura de huesos del cráneo y de la cara; dientes incluidos e impactados o celulitis y recibido tratamiento farmacológico; adultos mayores de 18 años de ambos sexos, que según los datos del año 2016, FUENTE: Base de Datos - HIS- Área de Procesamiento de Datos- UPS-CIRUGÍA MAXILOFACIAL-HNDAC</p> <p>- <b>Muestra.</b>- <b>De 60</b> pacientes de iguales características de la población de estudio</p> <p>- <b>Técnicas e instrumentos de recolección de datos.</b>-</p> <p><b>-Técnicas</b> <b>La técnica es la encuesta.</b></p> <p>- <b>Instrumentos.</b>- y el instrumento fue el cuestionario de Adherencia:"Cuestionario MBG (Martin_Bayarre-Grau) para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica", que considera tres niveles de adherencia: "total", "parcial" y "no adherencia"</p> <p><b>Técnicas de procesamiento de la investigación.</b>- Los datos obtenidos a través de los cuestionarios permitieron la elaboración de la base de datos. Para su procesamiento se utilizaron los paquetes de programas SPSS V.20. Las variables cualitativas se midieron mediante frecuencias absolutas y relativas, presentados a través de tablas de frecuencia y sus gráficos respectivos.</p>

dientes incluidos e impactados y celulitis, con el cuestionario de MBG para evaluación de adherencia terapéutica.

7. Describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, de acuerdo al sexo.

8. Describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, de acuerdo al grupo etario.

9. Describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, de acuerdo al esquema terapéutico.

10. Describir los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento por fractura de huesos del cráneo y de la cara, dientes incluidos e impactados y celulitis, que son atendidos en el departamento de odontoestomatología, de acuerdo al diagnóstico odontológico.

## ANEXO 5

### DOCUMENTOS QUE SUSTENTAN LA EJECUCIÓN DE LA TESIS



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO "DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN" HUANCAYO

DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

El jefe del departamento de Odontoestomatología que suscribe emite la siguiente:

**CONSTANCIA**

De haber culminado satisfactoriamente las actividades de aplicación de encuestas

**A los estudiantes:** Barzola Ilizarbe, William Juan y Salas Carhuamaca, Juan Abel.

**Con el tema:** titulada "ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL DE UN HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DE HUANACAYO-2017"

Por lo que con las facultades que le otorgan, deja constancia de la veracidad y conformidad del mismo.

Huancayo, 15 de enero del 2018.

  
GOBIERNO REGIONAL JUNÍN  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO  
"DANIEL ALCIDES CARRIÓN" HUANCAYO  
David Elias Pineda  
Jefe Depto. de Odontología  
COP 12911 - RNE 932

## ANEXO 6.

### EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Realizando biopsia al paciente



Procedimiento quirúrgico  
Cirugía bucal y Maxilofacial





Recolección de datos



Paciente con fractura de  
Malar



Aplicación de la ficha de evaluación



Paciente con dientes incluidos



paciente con fractura mandibular



Paciente con celulitis