

Revista médica de Panamá

ARTICULO ORIGINAL

Enfermedad Renal Crónica y su impacto en la Salud Bucodental: Consideraciones Odontológicas.

[Chronic Kidney Disease and Its Impact on Oral Health: Dental Considerations]

Karen Courville ¹ , Dr. Norman Bustamante ² , Dra. Ingrid Díaz ³ , Dra. Diana Prado ⁴ , Dra. Jackeline Valencia ⁵

1. Hospital Dr. Gustavo N. Collado, Nefrología, Instituto de Ciencias Médicas, Panamá. 2. Hospital Dr. Gustavo N. Collado, Nefrología, Panamá. 3. Policlínica Dr. Roberto Ramírez de Diego, Odontología, Panamá. 4. Policlínica Dr. Roberto Ramírez de Diego, Odontología, Panamá. 5. Policlínica Dr. Roberto Ramírez de Diego, Odontología, Panamá.

Palabras Claves

enfermedad renal crónica, manifestaciones bucales, revisión dental, periodontitis.

Keywords:

chronic kidney disease, oral manifestations, dental checkup, periodontitis.

Correspondencia

Dra. Karen Courville
kavac7@gmail.comDra. Jackeline Valencia
dra.valencia@outlook.comDra. Diana Prado
dra.dprado@gmail.comDra. Ingrid Díaz
Dra.ingridiaz01@gmail.comDr. Norman Bustamante.
normanemilio2106@gmail.com

Recibido

20 de diciembre de 2025

Aceptado

27 de febrero de 2026

Uso y reproducción

© 2025. Artículo de acceso abierto.
Creative Common CC-BY 4.0

DOI:

[https://doi.org/10.48204/
medica.v46n1.a9065](https://doi.org/10.48204/medica.v46n1.a9065)

Resumen

Introducción La enfermedad renal crónica (ERC) representa un importante problema de salud pública a nivel mundial, caracterizado por la disminución progresiva de la función renal y por múltiples complicaciones sistémicas que afectan la calidad de vida del paciente. Entre ellas, las alteraciones en la salud bucodental han cobrado creciente relevancia. Las personas con ERC presentan mayor prevalencia y severidad de manifestaciones orales, especialmente quienes se encuentran bajo terapia de reemplazo renal, lo que requiere atención odontológica especializada. Este trabajo analiza la relación bidireccional entre la ERC y la salud bucodental, destacando cómo la inflamación periodontal puede influir en la progresión de la enfermedad renal al contribuir a la inflamación sistémica y al estrés oxidativo.

Objetivo Proporcionar información clave sobre el impacto de la ERC en la salud oral, e identificar recomendaciones odontológicas para un manejo integral del paciente renal.

Metodología Se realizó una revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos extraídos de Scielo y otras bases de datos académicas. De 30 estudios evaluados, se seleccionaron 21 que cumplieran los criterios de inclusión.

Resultados y Conclusiones Los hallazgos evidencian que las alteraciones orales son frecuentes en pacientes con ERC y afectan su bienestar general. Por ello, se destaca la importancia de una atención interdisciplinaria entre nefrólogos y odontólogos. Esta colaboración es esencial para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida. Se recomienda continuar investigando los mecanismos subyacentes para establecer estrategias preventivas y terapéuticas más eficaces.

Abstract

Introduction Chronic kidney disease (CKD) represents a major public health problem worldwide, characterized by progressive decline in kidney function and multiple systemic complications that affect patients' quality of life. Among these complications, oral health problems have become increasingly relevant. People with CKD have a higher prevalence and severity of oral manifestations, especially those undergoing renal replacement therapy, which requires specialized dental care.

function and multiple systemic complications that affect patients' quality of life. Among these complications, oral health problems have become increasingly relevant. People with CKD have a higher prevalence and severity of oral manifestations, especially those undergoing renal replacement therapy, which requires specialized dental care.

Revista médica de Panamá

ARTICULO ORIGINAL

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés

alguno asociado en la publicación de este manuscrito.

This study analyzes the bidirectional relationship between CKD and oral health, highlighting how periodontal inflammation can influence the progression of kidney disease by contributing to systemic inflammation and oxidative stress.

Objective: To provide key information on the impact of CKD on oral health and to identify dental recommendations for comprehensive management of kidney patients.

Methodology A systematic literature review was conducted of scientific articles extracted from Scielo and other academic databases. Of the 30 studies evaluated, 21 were selected that met the inclusion criteria.

Results and conclusions. The findings show that oral disorders are common in patients with CKD and affect their overall well-being. Therefore, the importance of interdisciplinary care between nephrologists and dentists is highlighted. This collaboration is essential to improve clinical outcomes and quality of life. Further research into the underlying mechanisms is recommended in order to establish more effective preventive and therapeutic strategies.

INTRODUCCIÓN

La literatura internacional reporta que cerca del 90 % de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) presentan manifestaciones orales como xerostomía, palidez de mucosa asociada a anemia, estomatitis urémica, sangrado e inflamación gingival y erosión dental. Los riñones regulan el volumen de líquidos, el equilibrio ácido-básico, la excreción de compuestos nitrogenados y la síntesis de eritropoyetina; además, son órganos diana de la hormona paratiroidea y la aldosterona. [1] El odontólogo debe reconocer estos signos como parte de la manifestación sistémica de la ERC y no como afecciones aisladas. [2] Dado que la mayoría de los pacientes urémicos exhiben síntomas bucales inespecíficos como halitosis amoniacal, estomatitis o parotiditis, es esencial un diagnóstico precoz y un abordaje integral interdisciplinario. La falta de conocimiento sobre esta relación aún limita la atención odontológica en esta población.

El objetivo del presente trabajo es analizar de manera integral el impacto de la enfermedad renal crónica (ERC) en la salud bucodental y proporcionar directrices clínicas para el manejo odontológico seguro de estos pacientes. Para cumplir con este propósito, el artículo se desarrolla a través de cinco puntos fundamentales: en primer

lugar, se describen las manifestaciones bucales directas de la uremia; en segundo lugar, se aborda la relación entre la enfermedad periodontal y la progresión renal; en tercer lugar, se explican las alteraciones del metabolismo mineral y óseo con repercusión en el área maxilofacial; en cuarto lugar, se detallan las consideraciones farmacológicas críticas para evitar la nefrotoxicidad; y, finalmente, se presenta un protocolo práctico para el manejo clínico del paciente renal en la consulta dental.

1. Factores de Riesgo Comunes para Enfermedades de las Encías y de los Riñones

Diversos factores incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades periodontales y renales, compartiendo mecanismos inflamatorios y vasculares comunes. [2] Entre ellos destacan la mala higiene bucal, que favorece la acumulación de placa bacteriana y la diseminación sistémica de microorganismos; la diabetes mal controlada, que altera la microcirculación y la respuesta inmunológica, facilitando infecciones en encías y daño renal; el tabaquismo, que reduce el flujo sanguíneo y la capacidad reparadora de los tejidos, afectando tanto la función renal como la salud bucal; y la hipertensión arterial, responsable de lesiones vasculares que comprometen los riñones y agravan la inflamación gingival.

Estos factores actúan de manera sinérgica, potenciando la inflamación sistémica y acelerando la progresión de ambas patologías. Por ello, la promoción de hábitos saludables, como una adecuada higiene bucal, el control glucémico y de la presión arterial, la suspensión del tabaco y la adopción de un estilo de vida equilibrado constituye una medida esencial para reducir el riesgo de estas condiciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica. [2]

Manifestaciones Orales en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) presentan múltiples alteraciones orales derivadas de los cambios metabólicos y sistémicos propios de la patología.

Estas afectan principalmente el periodonto, las glándulas salivales, la lengua, la mucosa bucal y, en menor grado, la articulación temporomandibular, tal como se muestra en la figura 1.

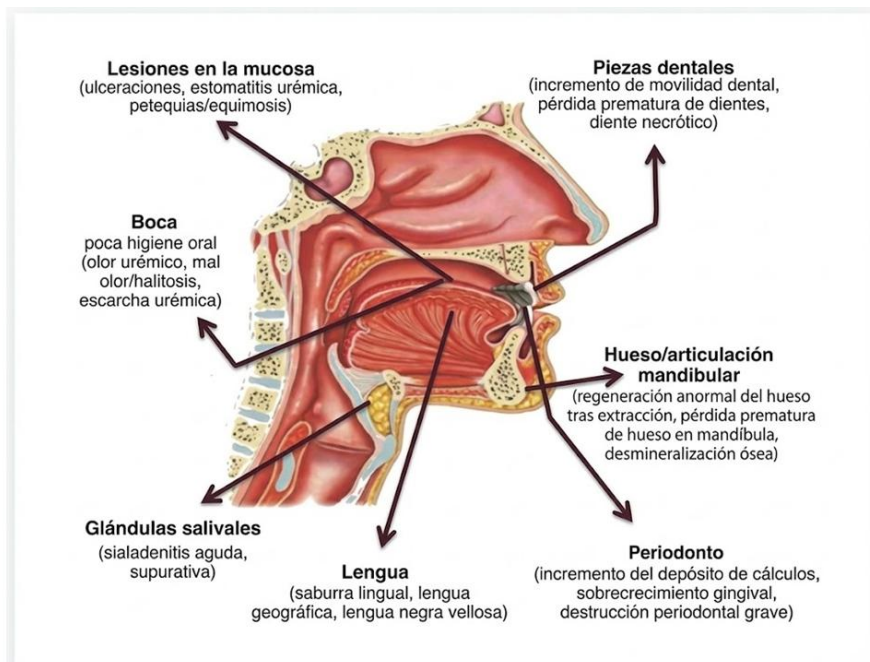


Figura 1. Propuesta de la contribución de la uremia en las alteraciones bucales, traducido de Akar y cols. (1)

2. Rol de la Inflamación Periodontal en la Enfermedad Renal Crónica

Las bolsas periodontales, que albergan biopelículas complejas con predominio de bacterias gramnegativas, junto con los tejidos inflamados y dañados por la periodontitis, podrían liberar bacterias, toxinas bacterianas como lipopolisacáridos y citocinas inflamatorias hacia la circulación sistémica. Estos agentes tienen la

capacidad de diseminarse por el organismo y comprometer órganos distantes, incluyendo el riñón. [3] En pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), la inflamación periodontal se constituye como una fuente significativa de estrés oxidativo. Este proceso genera radicales libres capaces de inducir daños celulares impredecibles, contribuyendo al desarrollo y progresión de diversas enfermedades, incluida la ERC. [4,5]

Enfermedad Renal Crónica y su impacto en la Salud Bucodental: Consideraciones Odontológicas, 2026.

Karen Courville, Dr. Norman Bustamante, Dra. Ingrid Díaz, Dra. Diana Prado, Dra. Jackeline Valencia.

Alteraciones del Tejido Periodontal Asociadas a Uremia

En condiciones normales, la saliva tiene un pH ligeramente ácido, entre 6 y 7, y contiene electrolitos, proteínas, enzimas y productos nitrogenados como urea y amonio. Estos componentes contribuyen a la salud bucal, incluyendo la mineralización dental, la defensa frente a bacterias y la regulación de la placa dental, mientras que el bicarbonato, el fosfato y la urea mantienen la capacidad amortiguadora y la estabilidad del pH.

En personas con enfermedad renal, la elevada urea plasmática y la liberación de amonio aumentan el pH salival, generando un ambiente más alcalino que reduce la incidencia de caries, pero altera el metabolismo de la placa dental y favorece su acumulación. La uremia persistente, combinada con una higiene oral deficiente, afecta la función de linfocitos, monocitos y macrófagos, debilitando la respuesta inmune frente a bacterias patógenas y aumentando el riesgo de infecciones.

Manifestaciones Bucales en Pacientes Bajo Terapia de Reemplazo Renal

En pacientes con terapia de reemplazo renal, la saliva presenta mayor concentración de creatinina, urea y electrolitos, junto con flujo reducido, reflejando la gravedad de la enfermedad y el tipo de diálisis. La xerostomía, inflamación gingival, acumulación de placa, cálculo dental y periodontitis son frecuentes. Fármacos como ciclosporina o nifedipina pueden causar hiperplasia gingival, dificultando la higiene y aumentando el riesgo de infecciones orales, candidiasis y lesiones por irritación, afectando la salud bucal y la calidad de vida. [6,7]

Los pacientes en hemodiálisis presentan alta prevalencia de periodontitis. La urea salival elevada se convierte en amonio, causando aliento urémico, sialorrea y ardor,

y puede provocar estomatitis o ulceraciones asociadas a anemia. Además, favorece la formación de cálculos dentales y la acumulación de placa, aumentando el riesgo de enfermedad periodontal. [8,9]

La palidez de la mucosa bucal se debe a anemia, originada por deficiencia de eritropoyetina, menor vida útil de los eritrocitos y disminución del aporte de oxígeno, dando un tono pardo. [10]. Las gingivorragias ocurren porque la uremia afecta la función de plaquetas y linfocitos, aumentando el riesgo de hemorragias, efecto potenciado por heparina y daño mecánico en la hemodiálisis. Además, las encías pueden adoptar un tono púrpura por deficiencia del factor VIII. [11]

La pérdida de inserción periodontal se relaciona con alteraciones del metabolismo óseo y mineral, desequilibrio calcio-fósforo, disminución de vitamina D y aumento de proteína C reactiva, acelerando la reabsorción ósea e inflamación gingival, favoreciendo periodontitis. [10] Las infecciones micóticas, principalmente por *Candida albicans*, se asocian a inmunosupresión y xerostomía, mientras que la queilitis angular se vincula a baja producción de saliva. La erosión dental puede derivar de náuseas, vómitos o regurgitación, relacionados con dieta, medicamentos, uremia o diálisis. [11]

La hiperplasia gingival aparece especialmente en pacientes con inmunosupresores como ciclosporina, tacrolimus, y en quienes usan antihipertensivos como nifedipina o amlodipino, o fenitoína, dificultando la higiene y aumentando riesgo de infecciones oportunistas. [12]

Manejo Odontológico del paciente renal en diversas situaciones

2.1. Manejo Odontológico Preventivo en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica

El cuidado dental regular puede ser una estrategia relevante para prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica, dado que diversos estudios han demostrado que las personas con ERC significativa tienen de 1.5 a 2 veces más probabilidades de padecer enfermedad periodontal, incluso

después de considerar importantes factores de confusión como el consumo de tabaco. Es importante considerar algunos protocolos durante la atención odontológica, [13] como se describen en la figura 2, que usualmente son tomados previamente en cuenta por el médico Nefrólogo tratante.

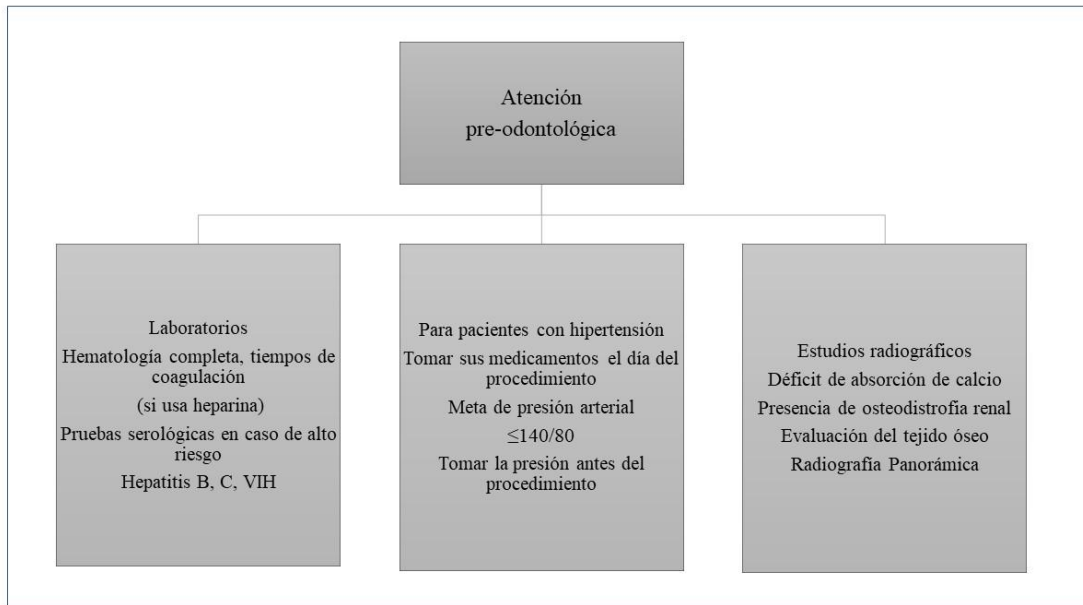


Figura 2. Evaluación pre odontológica del paciente con enfermedad renal crónica. (14)

2.2. Manejo Odontológico del Paciente Antiagregado con enfermedad renal crónica

El ácido acetilsalicílico (AAS) es la terapia antitrombótica básica para la prevención secundaria de enfermedad aterotrombótica. Normalmente, no requiere modificar la pauta terapéutica, ya que los antiagregantes generan menor riesgo de sangrado; la dosis de 100 mg se mantiene siempre. [15] Pacientes con dosis superiores a 100 mg pueden presentar sangrados, por lo que se recomiendan taponos hemostáticos y sutura cuidadosa. [15] Cuando el riesgo trombotico es alto, como en pacientes con stent reciente (<6 meses) y doble antiagregación, no se deben suspender los fármacos; es preferible posponer la intervención. [16] En

riesgo moderado (stent 6–12 meses), se aconseja esperar hasta que el riesgo sea bajo antes de la cirugía. [16]

Si los riesgos trombotico y hemorrágico son bajos, como en exodoncias, se mantiene la terapia antiagregante. [16] La antiagregación simple (AAS 100 mg o clopidogrel 75 mg) se mantiene siempre, usando únicamente medidas hemostáticas locales; solo en cirugía regenerativa y riesgo trombotico bajo puede retirarse clopidogrel por 5 días, previa consulta médica. [16]

En riesgo hemorrágico moderado-alto, la retirada de clopidogrel puede consultarse con el cardiólogo, suspendiéndolo 5 días antes y reiniciándolo a las 24–48 horas según riesgo. [16] En todos los casos, la modificación de antiagregantes debe ser mínima y coordinada con el médico tratante.

[16] El riesgo hemorrágico en procedimientos odontológicos debe ser estratificado. [16] Según González y cols. riesgo depende del tipo de intervención y la cantidad, como se indica en la Tabla 1.

Riesgo de sangrado	Procedimiento
Bajo	Exodoncia simple Implante transmucoso
Medio	2-3 exodoncias simples 2-3 implantes RAR Segundas fases
Alto	Más de 3 exodoncias Más de 3 implantes Elevaciones de seno Técnicas de regeneración ósea Injertos de tejido blando Injertos óses

Tabla 1. Clasificación de riesgo y según tipo de procedimiento. (Adaptado de Gonzalo-Fernandez y cols.) 16

2.3. Indicaciones y Contraindicaciones en Pacientes con ERC Bajo Tratamiento Anticoagulante y/o Antiplaquetario

Los pacientes en hemodiálisis presentan aumento del tiempo de sangrado por la heparina administrada, por lo que el tratamiento dental se pospone hasta el día siguiente y debe coordinarse con la hora de infusión de la diálisis. [16] Actualmente, se mantiene la terapia anticoagulante habitual y se controlan las hemorragias con coadyuvantes hemostáticos tópicos, evitando suspender la medicación en pacientes de alto riesgo trombótico. [17]

El tipo de intervención debe evaluarse mediante interconsulta. En tratamientos complejos, se puede reducir el INR sustituyendo la anticoagulación habitual por heparina y hospitalizando al paciente [17] En extracciones simples de 1 a 3 dientes, si el INR supera 4, se infiltra anestesia con

vasoconstrictor (si no hay contraindicaciones), se extrae con mínimo trauma y se realiza desbridamiento en casos de periodontitis severa. Se sutura con material reabsorbible y se emplean tapones hemostáticos como celulosa oxidada, esponjas de gelatina, colágeno, fibrina o plasma rico en plaquetas; también se recomienda gasa con ácido tranexámico. [15-17]

En sangrado, se aplica presión con gasa impregnada de ácido tranexámico y el paciente debe poder contactar a un especialista. [17] Durante el postoperatorio, se evitan alimentos calientes y tabaco, aplicando hielo y consumiendo alimentos frescos o fríos. [17]

Si se interrumpe temporalmente la terapia anticoagulante para procedimientos complejos, se reemplaza por heparina subcutánea 5,000 UI cada 12 horas,

programando la intervención para el tercer día, con monitoreo de plaquetas por riesgo de citopenia (1.3%) y retorno a la anticoagulación habitual posterior. [17]

3. Otros Tratamientos y Recomendaciones Durante el Cuidado Dental

Para el tratamiento de úlceras por estomatitis urémica se recomienda peróxido de hidrógeno al 10% cuatro veces al día o perborato de sodio. [18] El peróxido actúa como antimicrobiano natural, descomponiendo la pared celular bacteriana y facilitando la eliminación de bacterias, además de romper la película de proteínas en la superficie dental, sin registrar reacciones alérgicas. [18]

En periodoncia, se utiliza como apoyo en periodontitis para reducir la carga bacteriana subgingival cuando el acceso mecánico es limitado. Su liberación de oxígeno dificulta la supervivencia de bacterias anaeróbicas y destruye la biopelícula al romper la barrera de limo, permitiendo la eliminación efectiva de microorganismos. [18] Se administra principalmente como enjuague bucal y de forma tópica para favorecer la cicatrización de heridas gracias a su efecto antimicrobiano. Como agente oxidante, se utiliza en el control de la placa dental. [19] El manejo de bolsas periodontales colonizadas por bacterias anaerobias representa un desafío clínico. El peróxido de hidrógeno en aerosol, en concentraciones del 1–3 %, actúa como antiséptico, reduciendo la inflamación y la profundidad de bolsas mayores de 4 mm, aunque no impacta significativamente el índice gingival o de sangrado. [18]

La enfermedad periodontal crónica puede aumentar el riesgo de infección en dispositivos de acceso vascular durante procedimientos dentales invasivos. Aunque la AHA no recomienda profilaxis antibiótica de manera general, se indica en pacientes con cardiopatías subyacentes para prevenir

septicemia, émbolos sépticos y endocarditis infecciosa. [19] En pacientes en diálisis, se consideran seguros penicilina, clindamicina y cefalosporinas, mientras que tetraciclinas y aminoglucósidos se evitan por nefrotoxicidad.

La periodontitis también afecta la producción de glóbulos rojos, dificultando la eritropoyesis y favoreciendo la anemia, especialmente en Enfermedad Renal Crónica (ERC). [19] Su tratamiento podría reducir la inflamación sistémica y mejorar la condición anémica. [20]

Los antiinflamatorios no esteroideos, como indometacina, ibuprofeno, naproxeno o diclofenaco, deben evitarse en ERC salvo indicación supervisada, por su potencial nefrotóxico y riesgo de progresión de la enfermedad (21). Se recomienda paracetamol cada 8–12 horas.

En pacientes no trasplantados con xerostomía, se indican enjuagues bucales sin alcohol y saliva artificial para aliviar los síntomas. [21]

DISCUSIÓN

La estrecha relación entre la enfermedad renal crónica y la salud oral se manifiesta mediante una compleja interacción de factores bioquímicos y sistémicos. La acumulación de toxinas urémicas no solo altera el equilibrio del microbiota oral y la composición salival, sino que también genera manifestaciones clínicas características como la xerostomía y el aliento amoniacal, que actúan como indicadores del estado de la función renal. [3] Como se observa en la propuesta de Akar y colaboradores, la uremia impacta directamente en la integridad de los tejidos bucales, lo que subraya la importancia de que el odontólogo reconozca estas señales de forma temprana para prevenir complicaciones mayores. [3]

Por otro lado, la enfermedad periodontal destaca como un factor crítico debido a su naturaleza inflamatoria bidireccional. La evidencia sugiere que la periodontitis no es

solo una consecuencia de la inmunosupresión relativa del paciente renal, sino que también puede actuar como un foco de inflamación sistémica que acelera el deterioro de la tasa de filtración glomerular. [4] El manejo de esta patología es especialmente relevante en pacientes anémicos o aquellos en etapas terminales de la enfermedad, donde la salud periodontal se convierte en un requisito indispensable para minimizar riesgos inflamatorios adicionales. [19]

Finalmente, el éxito del tratamiento odontológico en el paciente con ERC depende de un enfoque multidisciplinario y de un manejo farmacológico extremadamente cuidadoso.

Aspectos como la profilaxis antibiótica previa a procedimientos invasivos y el ajuste de dosis de medicamentos de excreción renal son pilares para evitar infecciones sistémicas y episodios de toxicidad. [20]

Es imperativo que el equipo de salud renal y los odontólogos trabajen en conjunto para estabilizar la salud oral, particularmente en

pacientes que son candidatos a trasplante renal, garantizando así una mejor calidad de vida y reduciendo las comorbilidades asociadas. [21]

CONCLUSIÓN

La evidencia destaca la relación entre enfermedad renal crónica (ERC) y salud bucodental. Las alteraciones orales son comunes, especialmente en pacientes con terapia de reemplazo renal, afectando su calidad de vida. La inflamación periodontal contribuye a inflamación sistémica y estrés oxidativo, potencialmente acelerando la progresión de la ERC. Es fundamental que el personal de salud promueva atención integral, evaluando y manejando la salud bucodental. Se requiere mayor investigación para entender los mecanismos bidireccionales y desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas más efectivas. La difusión del manejo de esta enfermedad, tanto para médicos odontólogos, nefrólogos y pacientes es importante para que efectivamente se pueda dar una mejor salud dental a nuestros pacientes. (Anexo 1 y 2)

BIBLIOGRAFÍA

- [1]. Akar H, Akar GC, Carrero JJ, Stenvinkel P, Lindholm B. Systemic consequences of poor oral health in chronic kidney disease patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2011; 6(1): 218-26. doi:10.2215/CJN.05470610
- [2]. Gum disease & kidney disease. (2023, mayo 25). Compression Theme. <https://www.nassoolsennapolitano.com/blog/gum-disease-and-kidney-disease/>
- [3]. Bertrán-Herrero G, Pérez-Borrego A. Enfermedad renal crónica y periodontitis. *Acta Médica del Centro*. 2023 [acceso: 11/05/2023]; 17(3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1722>
- [4]. Sharma P, Fenton A, Dias IHK, Heaton B, Brown CLR, Sidhu A, et al. Oxidative stress links periodontal inflammation and renal function. *J Clin Periodontol*. 2021 [acceso: 07/02/2022];48(3):357-67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7986430/>
- [5]. Li L, Zhang YL, Liu XY, Meng X, Zhao RQ, Ou LL, et al. Periodontitis Exacerbates and Promotes the Progression of Chronic Kidney Disease Through Oral Flora, Cytokines, and Oxidative Stress. *Front Microbiol*. 2021 [acceso: 07/02/2022]; 12:656372. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34211440/>

Enfermedad Renal Crónica y su impacto en la Salud Bucodental: Consideraciones Odontológicas, 2026.

Karen Courville, Dr. Norman Bustamante, Dra. Ingrid Díaz, Dra. Diana Prado, Dra. Jackeline Valencia.

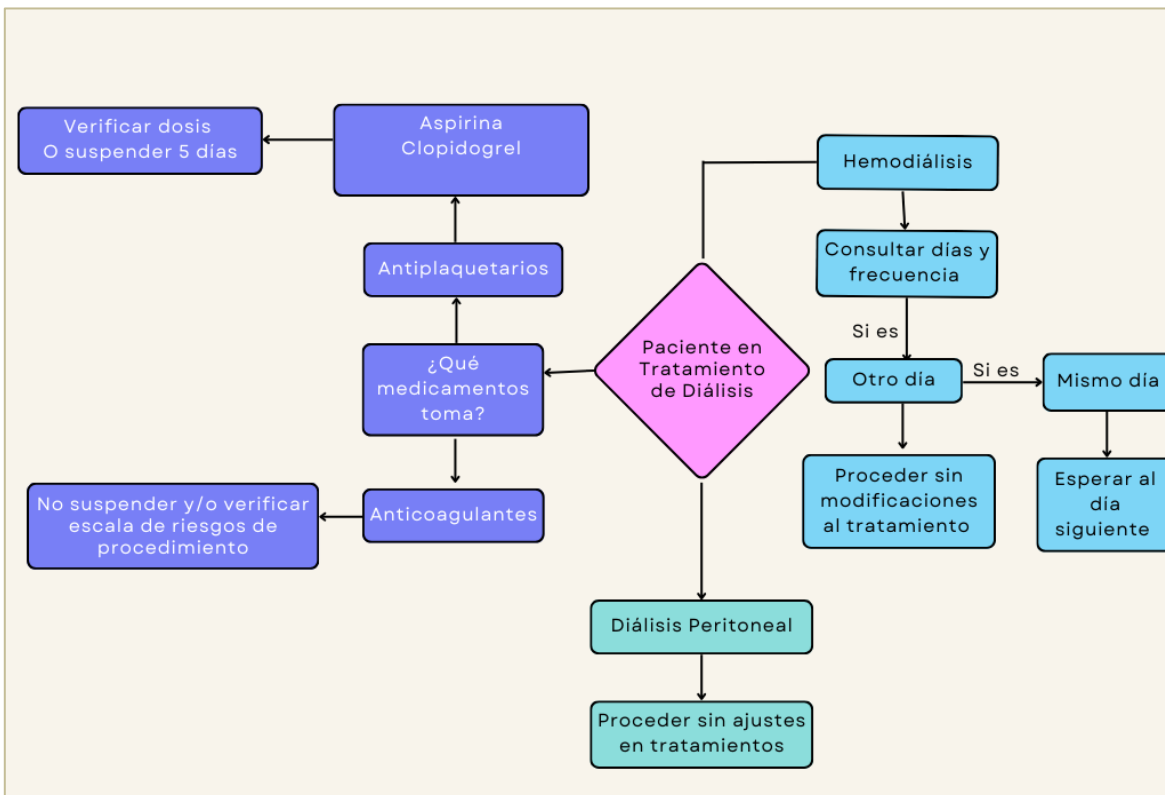
- [6]. Alvarez Alba ML. Importancia de la salud oral, relación y complicaciones de la enfermedad periodontal en pacientes con enfermedad renal crónica y terminal. [Trabajo de fin de grado]. Madrid: Escuela de enfermería y fisioterapia; 2020. [acceso: 16/05/2022]. Disponible en:
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/54355/PFG001166-.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [7]. Botero ZL, Botero AB, Bedolla TJS, Guzmán ZIC. Terapia Periodontal No Quirúrgica. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2012; 23(2): 334-42
- [8]. Ordóñez Pesántez MG, Piedra Idrovo MP. Lesiones de la mucosa oral en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis. [Tesis para optar por el título profesional de Cirujano dentista]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2018. [acceso: 07/02/2022]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/30370>
- [9]. Rivera Condezo YA. Manifestaciones orales en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano 2019. [Tesis para optar por el título profesional de Cirujano dentista]. Perú: Universidad de Huanuco. 2020 [acceso: 13/02/2022]: 920. Disponible en:
<http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2529/Rivera%20Condezo%2C%20Yanet%20Alicia.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- [10]. Gener I, Horia Traian D, Anca SD, Fidan Bahtiar I. Periodontal Disease: A Covert Source of Inflammation in Chronic Kidney Disease Patients. *Int J Nephrol* 2013; 1-6. doi:2013/515796
- [11]. Bechert Caminha L, Da Silva MJP, Ribeiro Leão E. La influencia del ritmo cuaternario en la percepción de los estados clínicos y subjetivos de pacientes adultos en hemodiálisis. *Enferm Glob*. 2011 [acceso:14/09/2022]; 10(23): 1-3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300001&lng=es
- [12]. García Alcaide A. Manifestaciones orales en pacientes sometidos a hemodiálisis. [Tesis para optar por el título profesional de Cirujano dentista]. Madrid: Universidad Europea de Madrid. 2021 [acceso: 09/05/2023]. Disponible en:
<https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/540>
- [13]. María Elena Cepeda Silva (2021). Relación de las principales patologías orales con las enfermedades crónicas del adulto. Universidad Nacional de Chimborazo, 2019. Trabajo de investigación para obtener el título de Odontóloga. Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología. Riobamba, Ecuador.
- [14]. Cedeño M., J.A, Rivas R., N, Tuliano C., R.A. Manejo odontológico del paciente con enfermedad renal crónica terminal - Revisión bibliográfica volumen 51 número 1, año 2013.
- [15]. Visitine E, Contardo L, Biasotto M, Vignoletti F. Extracciones dentarias en pacientes en tratamiento con anticoagulantes; revisión de la literatura. *Av. Odontoestomatol* 2016; 22 (4): 241-245.
- [16]. González Fernández-Tresguerres F, Serrano Zamora R, Baca González L, Iglesias Velázquez O, Xing Gao B, Fernández-Tresguerres Hernández-Gil I. Antiagregantes plaquetarios y cirugía oral: retirar o no retirar, esa es la cuestión. *Cient. Dent.* 2023; 20; 2; 79-90
- [17]. Sifuentes Ramírez N. Relación entre manifestaciones de las lesiones de

Enfermedad Renal Crónica y su impacto en la Salud Bucodental: Consideraciones Odontológicas, 2026.

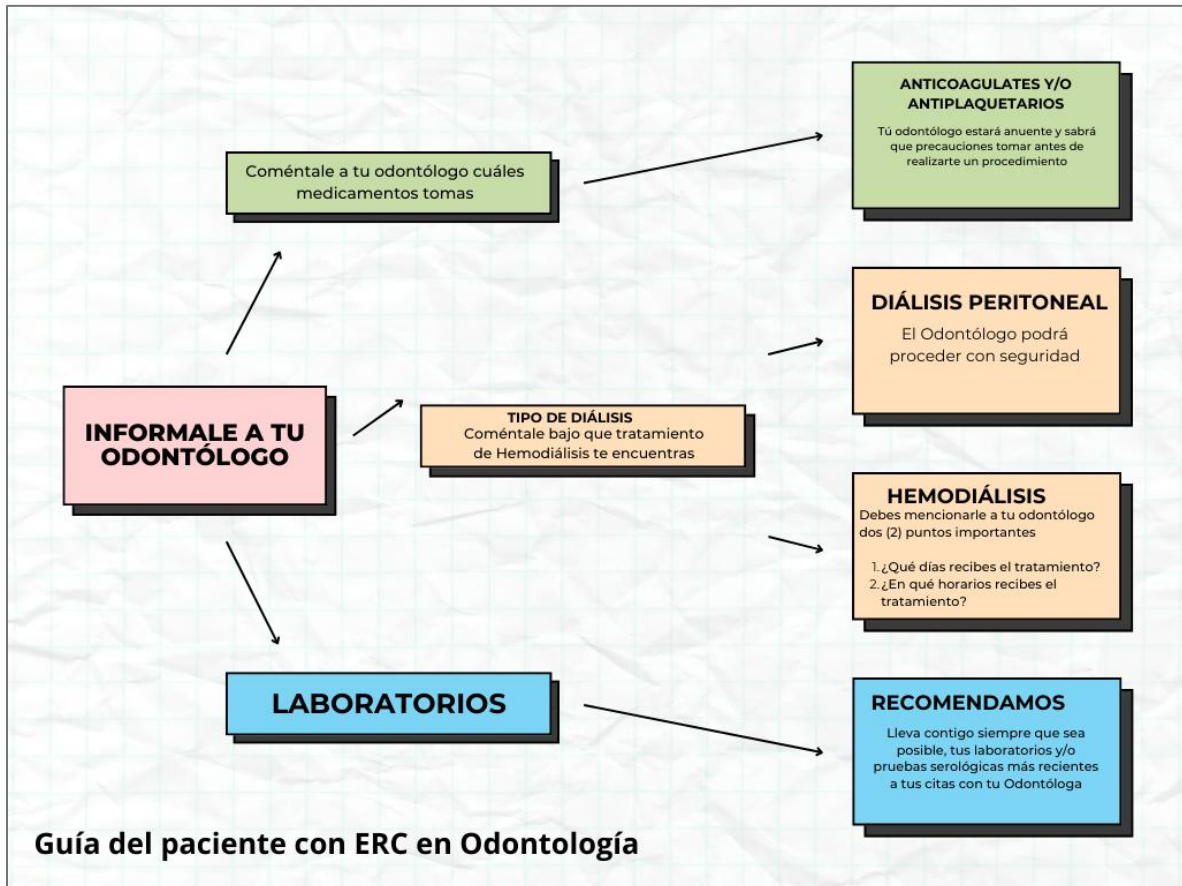
Karen Courville, Dr. Norman Bustamante, Dra. Ingrid Díaz, Dra. Diana Prado, Dra. Jackeline Valencia.

- cavidad oral y factores clínicos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, atendidos en la Clínica Ricardo Palma. [Tesis para optar por el título profesional de Cirujano dentista]. Perú: Universidad de Roosevelt; 2021. [acceso: 09/05/2023]. Disponible en: <https://repositorio.uoosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/602>
- [18]. Baltazar A. Peróxido de hidrógeno como coadyuvante en la terapia periodontal. 2020.
- [19]. Vidović Juras, D.; Škrinjar, I.; Križnik, T.; Andabak Rogulj, A.; Lončar Brzak, B.; Gabrić, D.; Granić, M.; Peroš, K.; Šutej, I.; Ivanišević, A. Antibiotic Prophylaxis Prior to Dental Procedures. Dent. J. 2024, 12, 364. <https://doi.org/10.3390/dj12110364>
- [20]. Paz Reese, A., & Luzardo Jurado, G. (2017). Características de la enfermedad periodontal en pacientes anémicos y no anémicos (Trabajo académico, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- [21]. Cedeño M., J.A, Rivas R., N, Tuliano C., R.A. Manejo odontológico del paciente con enfermedad renal crónica terminal - Revisión bibliográfica volumen 51 número 1, año 2013.

ANEXO



Anexo 1. Manejo Odontológico general del paciente con Enfermedad Renal Crónica. Fuente: autoras



Anexo 2. Guía del paciente con enfermedad renal crónica para odontología
Fuente: autoras