



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**DPTO. FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE**  
**INFORME DE INVESTIGACIÓN**  
**BARBULA- EDO. CARABOBO**

**MODALIDAD DE TRATAMIENTO PREVENTIVO ORAL**  
**PREDOMINANTE EN LAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS PRIVADAS,**  
**PARA PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIAS ANTI-NEOPLÁSICAS**

Autores: Milano Yossy  
Molina Raquel  
Tutor: Carvallo Graciela  
Tutor: Carlos A. Sierra

Valencia, marzo de 2005



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
Facultad de Odontología  
Dpto. Formación Integral del Hombre

## CARTA DE APROBACIÓN

*En carácter de tutor del trabajo final de investigación  
Titulado Modalidad de tratamiento preventivo oral predominante en las  
consultas odontológicas en pacientes sometidos a terapias anti-neoplásicas  
presentado por las bachilleres: Milano Ballesteros Yossy Alejandra y  
Molina Cano Raquel Virginia, considero que dicho trabajo de Investigación  
reúne los requisitos y méritos suficientes para ser aprobado y sometido a  
presentación pública y evaluación.*

*En la ciudad de Valencia, a los 07 días del mes de marzo de 2005.*

---

*TUTOR DE CONTENIDO*

---

*TUTOR METODOLÓGICO*

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres, porque gracias a sus esfuerzos logramos alcanzar la dicha de ser profesionales, nos han servido como modelos a seguir, emprendedores, luchadores y tenaces, nos han brindado una mano amiga en cada momento, nos han sabido dar palabras de aliento en el momento más acertado. Nosotros somos el reflejo de lo que ustedes son, por lo que tengan la certeza de que no los defraudaremos.

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestros padres, familiares y amigos porque han sido parte importante de nuestras vidas, gracias por sabernos escuchar y ayudar cuando los necesitamos.

A la Universidad de Carabobo y a todos los docentes que en ella laboran, porque han sido nuestra segunda casa, nuestra segunda familia, estamos agradecidas de habernos permitido formar parte de esa gran familia, siempre estaran en nuestra memoria, como parte importante de nuestra formacion y un bonito recuerdo de nuestra vida.

A la Dra. Graciela Carvallo y al Profesor Carlos Sierra por habernos guiado sabiamente, por habernos brindado sus conocimientos, por haber tenido toda la paciencia que un educador deberia tener, gracias por su colaboracion y por su apoyo incondicional.

## INDICE

	pp.
Portada.....	i
Carta de Aprobación del Tutor.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Indice.....	v
Resumen.....	vii
Introducción.....	1

### **CAPITULO I:**

#### **EL PROBLEMA**

Planteamiento del Problema.....	2
Objetivo General.....	6
Objetivo Específicos.....	6
Justificación.....	7

### **CAPITULO II:**

#### **MARCO TEÓRICO**

Antecedentes.....	9
Bases Teóricas.....	11
Complicaciones orales inducidas por la quimioterapia.....	15
Complicaciones de la radioterapia de cabeza y cuello.....	17
Tratamiento oral preventivo para pacientes con Neoplasias Malignas.....	22
Definición de términos.....	27
Sistema de variables.....	31
Operacionalización de las Variables.....	32

### **CAPITULO III:**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

Tipo de investigación.....	33
Población y muestra.....	33
Instrumento de Recolección de Datos.....	34
Validez y Confiabilidad.....	35
Procesamiento y análisis de los resultados.....	36

#### **CAPITULO IV:**

#### **RESULTADOS**

Análisis e interpretación de los Resultados.....	37
Conclusiones.....	46
Recomendaciones.....	49
<b>ANEXOS</b> .....	51
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	66



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
DPTO. FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE  
INFORME DE INVESTIGACIÓN**

**MODALIDAD DE TRATAMIENTO PREVENTIVO ORAL  
PREDOMINANTE EN LAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS PRIVADAS,  
PARA PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA ANTINEOPLASICA**

Autoras: Milano Yossy, Molina Raquel.  
Tutor Académico: Carvallo Graciela.  
Tutor Metodológico: Sierra Carlos.  
Fecha: Marzo del 2005

**RESUMEN**

El propósito del siguiente estudio es determinar la modalidad de tratamiento preventivo oral que predomina actualmente en las consultas privadas de odontólogos. La intención del estudio es conocer, si se esta dando la importancia que merece a los tratamientos preventivos en odontología para pacientes que padecen de neoplasias malignas, y establecer si se esta efectuando dichos tratamientos en los consultorios odontológicos privados ante la asistencia de este tipo de pacientes, para lo cual se necesitó determinar no solo el compromiso por parte del profesional ante tal situación, sino también la evolución de los pacientes que padecen dicha enfermedad. El trabajo se insertó en una investigación de tipo descriptiva. La población estuvo constituida por los 114 Odontólogos docentes de la facultad de odontología, de los cuales 34 conformaron la muestra. A su vez, la muestra de pacientes sometidos a terapia oncológica, estuvo constituida por 25 individuos que reciben terapia antineoplásica en la Clínica La Isabelica. Se le aplicó a cada muestra un cuestionario conformado por preguntas dicotómicas y policotómicas, relacionadas con la variable en estudio. La información recopilada se organizó, codificó, tabuló y graficó. Los resultados evidenciaron, que la modalidad de tratamiento preventivo oral que se aplica actualmente en las consultas privadas de Odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, se inclina más hacia la prevención primaria y secundaria es decir, la realización de procedimientos que contribuyen a mantener el estado de salud, la adopción de medidas para prevenir determinadas enfermedades y la aplicación de tratamiento odontológicos durante las etapas iniciales de las patologías para detenerlas y evitar su avance.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad la atención preventiva implementada ante cualquier patología que deteriore o perjudique el bienestar de los pacientes, a cobrado mucho interés. La Ciencia Odontológica se ha visto en la necesidad de evaluar al paciente de forma integral, es decir, no solo, se evalúa y diagnostica a tiempo cualquier patología odontológica, sino también la relación de ésta con cualquier enfermedad sistémica. En este sentido, es pertinente evaluar la situación actual en cuanto a la aplicación de tratamientos preventivos orales que se realizan en consultas privadas odontológicas para personas que reciben oncoterapia.

La presente investigación se sustenta en base, a estudios realizados acerca de las complicaciones que presentan los pacientes al ser tratados con quimio y radioterapia en regiones de cabeza y cuello, en donde se confirma la relación directa de éstas con lesiones bucales a nivel de la mucosa, tal como la mucositis, a nivel de hueso, como es el caso de la osteonecrosis, además de las unidades dentarias y las glándulas salivales principalmente, donde la xerostomía favorece a la formación de lesiones cariosas avanzadas, entre otras complicaciones.

En este sentido, a fin de tener una información actualizada que indique, si el profesional de la salud diagnostica y trata al paciente como un ente integral, se escogió una población de odontólogos docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, con la finalidad de aplicar un instrumento a una muestra seleccionada al azar, con el fin de recolectar información con referencia a los tratamientos preventivos que se aplican actualmente en los consultorios odontológicos privados . Pralelamente, se

aplicó un instrumento para aquellos pacientes sometidos a terapia oncológica de manera, que se indague cuál ha sido su experiencia de estos al respecto.

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

#### Planteamiento del Problema

A nivel mundial se han desarrollado procesos de concientización, en la población en general, para tratar y prevenir las neoplasias malignas y sus posibles complicaciones, así como también las secuelas que pueden ocasionar las terapias contra esta enfermedad. La población que padece de esta patología, al recibir terapia antineoplásica sufre graves complicaciones, ante tal situación, en diferentes partes del mundo se han estructurado organizaciones que se han propuesto como misión elevar la conciencia preventiva en profesionales y en pacientes, tal como The International Institute of Anticancer Research (IIAR), Nacional Cáncer Institute, así como a nivel nacional se cuenta con la sociedad anticancerosa de Venezuela y diversas clínicas públicas y privadas de prevención de neoplasias malignas, distribuidas en la región nor-occidental del país que velan por devolver el estado de salud de este tipo de pacientes.

Dado a que todas las áreas de la salud han de guardar una verdadera integración interdisciplinaria, cuyo propósito fundamental es el establecer un diagnóstico certero, con el fin de realizar un tratamiento exitoso y establecer un buen pronóstico, los avances en odontología en ciertos países del mundo, han estado orientados a realizar tratamientos preventivos, viendo ahora al individuo de una forma integral.

**Por ello, el odontólogo como parte del equipo de salud, ha de evaluar, no solo las unidades dentarias sino relacionar y proyectar el estado sistémico presente y futuro del individuo, además de sus repercusiones sobre algún componente del sistema estomatognático, con el objetivo de diagnosticar a tiempo lesiones**

**cancerígenas o cualquier otra patología, para tratarlas además de prevenir que aparezcan secuelas sobre la cavidad bucal.**

Actualmente a nivel nacional no se ha hecho énfasis en la aplicación de tratamientos preventivos buco dentales por parte del odontólogo a pacientes que padecen de neoplasias malignas, y a su vez no se han realizado investigaciones específicas en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo ni en otras universidades a nivel nacional, para determinar si los odontólogos docente de dichas instituciones, realizan tratamientos preventivos a personas que reciban terapia anti-neoplásica.

**Por tal motivo, surge la inquietud de conocer si se esta dando la importancia que merece a los tratamientos preventivos en odontología para los paciente que padecen de alguna neoplasia maligna, además de establecer qué se está ejecutando actualmente en los consultorios odontológicos privados ante la asistencia de éste tipo de paciente. Para ello se necesita estudiar y determinar no sólo el compromiso por parte del profesional ante tal situación, sino también la evolución de los pacientes que padezcan dicha enfermedad y que han experimentado o no, tratamientos preventivos orales.**

Mas aun cuando, Las enfermedades odontológicas entrañan un conjunto de problemas de carácter sanitario que repercuten social, psicológica, física y económicamente en nuestra sociedad. A su vez, por la situación socioeconómica que se vive en Venezuela actualmente, la población ha sido afectada en numerosos aspectos, y el odontólogo no escapa de esto, esta condición puede alterar la eficacia de los tratamientos aplicados por él dentro de consulta privada, en cuanto a tiempo y calidad, ya que esto requiere costos. Por este motivo los tratamientos preventivos se han dejado a un lado y se le ha restado importancia, aunado a esto, no existe la integración necesaria entre el equipo de salud (médico - odontólogo).

**En aquellos pacientes que padecen de neoplasias malignas, el tratamiento contra éste mal puede manifestar efectos secundarios indeseables, sí no se tiene la debida protección a través de los tratamientos preventivos, provocando alteraciones bucales que acentúan el desequilibrio físico, tales como son la mucositis, la disfunción de las glándulas salivales, la disfunción del sentido del gusto y el dolor. Estas complicaciones pueden, a su vez, producir otros efectos secundarios como deshidratación, disfagia y malnutrición entre otros. En los pacientes de cáncer mielosuprimidos, la cavidad oral también puede ser una fuente de infección sistémica. La irradiación en las zonas de cabeza y el cuello puede dañar irreversiblemente la mucosa oral, la vascularización, los músculos y los huesos, lo que puede dar lugar a xerostomía, numerosas caries dentales, trismo, necrosis de los tejidos blandos y osteonecrosis; por ello se ha de llevar ciertas indicaciones para colaborar con el organismo, a establecer un equilibrio positivo.**

El compromiso del profesional por el servicio que presta, conlleva a ofrecer las condiciones necesarias y requeridas dentro del consultorio odontológico, sobre todo en pacientes con enfermedades sistémicas, como el cáncer, donde necesitan consideraciones especiales y una atención integral, confiriéndole gran importancia a los tratamientos preventivos y la indicaciones especiales que se le debe dar a dichos pacientes, orientados a la aplicación de los diferentes métodos para promocionar la salud oral y prevenir las enfermedades bucodentales, independientemente de si estos métodos se usan a nivel individual o colectivo.

**Los tratamientos preventivos que se realizan en las consultas odontológicas en diferentes etapas, ayudan a prevenir trastornos o enfermedades bucales que contribuyan al desmejoramiento de su condición sistémica. Entre ellos el inicio de un programa de higiene oral, la desactivación de cualquier proceso patológico que sea evidente clínicamente, topificaciones de flúor, colocación de sellantes de fosas y fisuras sobre unidades dentarias sanas, evaluación de la adaptación de prótesis, entre otros.**

**Barrancos (2000), señala que la prevención de enfermedades bucodentales puede realizarse en diferentes etapas de su desarrollo; por lo cual en personas sanas se han de promover actividades que contribuyan a mantener su estado de salud y la adopción de medidas para prevenir determinadas enfermedades, esta prevención se considera primaria debido a que el individuo no presenta patologías. Mientras que la prevención secundaria actúa durante las etapas iniciales de enfermedades e incluye el diagnóstico y tratamiento temprano lo cual contribuye a la detección de la patología y el avance de la misma. La tercera etapa de la prevención tiene como objetivo el tratamiento de la enfermedad para reducir los daños provocados por ésta y controlar sus consecuencias. Estas medidas preventivas tienden a revertir el perfil de actividad cariogénica en personas vulnerables y mantener un nivel aceptable de salud en personas sanas.**

La Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, cuenta con odontólogos que guían la educación de la carrera, y son ellos los más indicados para transmitir los conocimientos y respaldar la actitud en los estudiantes como futuros profesionales de la salud, orientando la forma de atención integral a los pacientes, influyendo así en la formación ética de los nuevos profesionales de la salud bucal, por ello en la presente investigación se estudia el comportamiento de los odontólogos de esta facultad, en su consulta privada, ante pacientes que han sido diagnosticado de alguna neoplasia malignar, para el año 2004.

A su vez es de vital importancia para el propósito de la investigación conocer cuál ha sido la experiencia de pacientes tratados con terapias antineoplásicas. Para ello se aplica un instrumento a través del cual, se indaga el cumplimiento del protocolo preventivo de tratamiento y educación bucodental por parte de odontólogos a pacientes que acuden a la Clínica de Prevención del Cáncer “Dr. Francisco Polo Castellano” ubicada en la ciudad de Valencia, estado Carabobo.

En este sentido, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la modalidad preventiva de los odontólogos de la Universidad de Carabobo frente a los pacientes diagnosticados con neoplasias malignas?

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General**

Determinar la modalidad de tratamiento preventivo que predomina actualmente en las consultas privadas de odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo para las personas que reciben tratamientos antineoplásicos, durante el año 2004.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar los tratamientos odontológicos preventivos que se conocen actualmente, para prevenir patologías buco-dentales en pacientes sometidos a terapia antineoplásica.
- Indagar si los odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo han atendido pacientes con neoplasias malignas, y si le han aplicado a dichos pacientes tratamientos preventivos orales.
- Establecer la modalidad de tratamiento preventivo que se aplican actualmente a dicho grupo de pacientes por parte de los odontólogos docentes de la Universidad de Carabobo en sus consultas odontológicas privadas.
- Examinar la experiencia odontológica de pacientes que han sido diagnosticados de alguna neoplasia maligna.
- Evaluar si actualmente en las consultas odontológicas privadas, se esta aplicando en sus diferentes etapas tratamientos preventivos a personas con neoplasias malignas.

## **Justificación del Problema**

La disposición o acción que se establece para evitar un riesgo determinado se define como prevención, en la actualidad el conocimiento de la prevención y su aplicación ha de ser necesario en toda práctica medico-odontológica, especialmente en los pacientes vulnerables o que presenten algún riesgo sistémico en particular como el cáncer. En base a esto y siguiendo parámetros ya establecidos para prevenir los efectos secundarios bucales en estos pacientes, fue necesario estudiar la aplicación de dichos tratamientos preventivos, en la práctica odontológica privada, lo cual según la revisión realizada a nivel nacional actualmente no se encontró alguna evaluación o control en cuanto a este tema, por lo que se considera pertinente y novedoso.

La importancia de realizar esta investigación, se argumenta en la inquietud de conocer si actualmente en los consultorios odontológicos se prestan los servicios de prevención, que se deben realizar por responsabilidad con el paciente que acude por ayuda y orientación hacia una buena salud bucal, siguiendo con los protocolos de tratamientos establecidos en el momento de asistir a un paciente diagnosticado con alguna neoplasia maligna. En este sentido un aporte importante es concientizar a los odontólogos generales en la realización de una excelente historia médica, que contenga aspectos que permitan asumir al paciente como un ente integral en el momento de realizar el plan de tratamiento. Esto también permite fomentar en los estudiantes valores, actitud de prevención, sensibilidad, factores que son indispensables para la formación integral del mismo.

A su vez la promoción de esta investigación trae como resultado primordial los beneficios que necesita y merece el paciente, como es el mantenimiento y recuperación de su salud bucal, aplicando la nueva tecnología y los avances en odontología preventiva, así como también fomentar la comunicación entre el equipo

de salud la cual es de vital importancia para determinar un plan de atención oral integrado que elimine o estabilice la enfermedad oral que de otra manera producirían complicaciones durante la quimioterapia o después de ella, ayudando a reducir el riesgo de toxicidad oral y la resultante disminución del riesgo de secuelas sistémicas, reducción del costo de atención al paciente y mejora de la calidad de vida; que contribuirán a eliminar y evitar la aparición de los efectos secundarios en la cavidad bucal durante el tratamiento antineoplásico.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### **Antecedentes de la Investigación**

Actualmente en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo no se cuenta con estudios que determinen la modalidad de tratamiento preventivo oral que se realizan en las consultas odontológicas privadas para las personas que han sido diagnosticadas con neoplasias malignas y que reciben tratamiento antineoplásico, ni cómo el impacto socio económico por el que ha pasado el país en la última década ha afectado las operaciones internas y la posición del odontólogo ante la evaluación integral del paciente.

**Sin embargo, a nivel mundial si se han realizado estudios que por analogía se relacionan con la presente investigación, no sólo de los avances en prevención en odontología sino que también de la importancia de ésta para los pacientes con neoplasias malignas.**

En este sentido, Luglie, Mura, Angius y Farris, (2002) en el trabajo “Estudio Clínico: Prevención de Periodontopatías y Mucositis Oral durante Quimioterapia Antineoplásica”, apuntan hacia la efectividad clínica de un protocolo preventivo de mucositis oral y periodontopatías durante quimioterapia antineoplásica. El diseño del estudio fue una evaluación longitudinal de 30 pacientes bajo tratamiento de quimioterapia antineoplásica del Departamento de Oncología de la Universidad de Sassari (Italia). Estos pacientes fueron motivados a aumentar su higiene dental en sus casas se sometían a evaluaciones con profesionales periódicamente, en todos los casos se prescribían enjuagues de Clorohexidina. El grupo control estaba conformado de 33 pacientes. Como resultado del estudio, llevado a cabo durante todo un año los índices de placa y sangramiento fueron disminuyendo considerablemente

entre la primera y la última visita en casi todos los pacientes, la incidencia de mucositis en el grupo evaluado fue de 20% mientras que el grupo control fue de 66%.

El estudio concluye, según los resultados observados, que el cuidado oral adecuado, junto a una rigurosa evaluación profesional, y el uso de enjuagues de clorhexidina reduce la incidencia de mucositis oral y los efectos colaterales de la quimioterapia antineoplásica. Por ello, el odontólogo ha de tener consideraciones especiales con pacientes que son sometidos a terapia antineoplásica para evitar la manifestación de patologías bucales secundaria durante esta terapia.

Por su parte, Murray y Steele (2003) de la Universidad de Newcastle Inglaterra, realizaron un estudio titulado “Treinta años de Odontología preventiva, y treinta años en el futuro”, en donde establecen los aspectos más relevantes de la odontología preventiva durante los últimos 30 años, como el impacto en la prevalencia de caries dentales, y en menor grado, en las enfermedades periodontales desde 1970, proporcionando un efecto positivo en la salud oral de la comunidad en el futuro. Los autores especulan el impacto de la prevención de enfermedades orales que podría haber durante los próximos 30 años. En las conclusiones se determinó que los factores que se encuentran detrás de los logros en salud oral incluyen cambios en políticas de salud pública, tecnología y decisiones comerciales hechas en el sector industrial, y que el enfoque de la odontología preventiva se ha expandido para incluir todos los grupos poblacionales, aumentando la inclusión de personas ancianas, además se enfoca un rango más amplio de desórdenes.

Dicha investigación expone la relevancia que tiene actualmente la odontología preventiva y los logros que se han alcanzado con su aplicación, esta afirmación fundamenta la realización de estudios que comprueben la aplicación de tan ventajosos procedimientos en las consultas odontológicas privadas como es el caso de la presente investigación.

Ese mismo año, Bader y Shugars, en la Universidad de Carolina del Norte en Estados Unidos, realizaron una investigación denominada “Estudio de un modelo de prevención basado en el riesgo en la práctica privada” donde enfatizan la prevención basada en el riesgo, como un medio de asegurar que los pacientes reciben el tratamiento preventivo apropiado para su riesgo de enfermedad. Se realizó un estudio piloto de seis meses con médicos voluntarios de 15 consultorios privados para probar si concomitante con los exámenes orales para los pacientes, los médicos identificaron el riesgo elevado de desarrollar caries dentales y periodontitis, y se realizó la planeación del tratamiento preventivo en relación a ese riesgo, esto se registró un formulario de la demanda. Los médicos identificaron porcentajes relativamente pequeños de pacientes con alto riesgo de desarrollar los caries (4 %) y periodontitis (7%), con la variación pequeña entre los 15 consultorios. Se identificaron mayores proporciones de pacientes con riesgo moderado de desarrollar caries (29 %) y periodontitis (30 %). Los resultados de este estudio, sugieren que la prevención formal, basada en el riesgo puede lograrse en los consultorios dentales. Las asignaciones de riesgo informadas por los odontólogos, junto con los tratamientos preventivos planeados, demuestran una comprensión buena de prevención basado en el riesgo dentro de los Estados Unidos de Norteamérica.

Basados en este estudio, sería pertinente comparar si en Venezuela se obtienen resultados semejantes a los obtenidos en dicha investigación, al realizar un estudio de la práctica odontológica privada. Los odontólogos han de dar énfasis al riesgo o vulnerabilidad de padecer enfermedades bucales al evaluar a los pacientes que acuden a su consulta privada, con el fin de asegurar que éstos reciban el tratamiento preventivo apropiado para su riesgo de enfermedad, y hacer más frecuente la visita de individuos con riesgo elevado a desarrollar bucodentopatías.

### **Bases Teóricas**

La prevención es un proceso activo que trata de crear condiciones y/o beneficios que promuevan el bienestar del individuo, está compuesto por múltiples procesos que

engloban un esfuerzo proactivo para proteger, realzar y restaurar la salud y el bienestar de los individuos y sus comunidades. Entre los objetivos de la prevención de las enfermedades buco dentarias se tienen como principal aspecto el control de la infección y la reinfección, también el reforzamiento del huésped y el control del medio, proporcionando así, un equilibrio biológico y la promoción motivacional del paciente para el mantenimiento de su salud. Para ello el odontólogo realiza procedimientos clínicos tales como, control de placa bacteriana de forma mecánica y química que es el factor etiológico de la gran mayoría de enfermedades bucodentales, la inactivación de infecciones dentales, periodontales y de la mucosa bucal en general que puedan llevar al deterioro o destrucción de la integridad de los tejidos, la modificación de la estructura de los tejidos duros con la aplicación de fluoruros tópicos y de la morfología dentaria con colocación de sellantes de fosas y fisuras, las que se emplean contra las caries dental . El odontólogo también cumple la función de asesor dietético indicando la dosificación del consumo de hidratos de carbono, proteínas y vitaminas educando así a sus pacientes para el logro y el mantenimiento de la salud sistémica.

En cariología, es importante establecer la relación existente entre la presencia de surcos y fisuras de la unidades dentarias con la acentuada aparición de caries en dichas zonas, por ello se plantean estrategias específicas para su prevención como impregnación con soluciones cariostáticas entre las cuales esta la asociación Floruro estañoso ( $\text{SnF}_2$ ) y fluoruro diamínico y sus alcances ante las caries incipientes, los que fueron estudiados por McDonald y Sheiham citado por Barrancos, con resultados interesantes, la remineralización de surcos con barnices fluorados, el empleo de antisépticos para reducir la flora bacteriana del surco como la clorohexidina concentrada, y por último el empleo de materiales adhesivos con capacidad de introducirse en las fisuras mediante mecanismos de microadhesión que permiten cambiar la morfología del surco permaneciendo fijo en él. (Barrancos, 2000).

Breilh (1979), cita el concepto de Leavell y Clark, en donde la medicina preventiva es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, promover la salud y eficiencia física y mental, ejercida con el fin de interceptar las enfermedades en cualquier fase de su evolución en los tres niveles de acción preventiva que describen:

1. En la prevención primaria, tiene lugar durante la fase prepatogénica de la historia natural de la enfermedad, mediante la promoción de la salud y la protección específica.
2. En la prevención secundaria, deteniendo la progresión de los procesos patológicos mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno; y,
3. En la prevención terciaria, tratando de limitar las secuelas o rehabilitar a las personas ya inválidas. Ver tabla N° 2.

Es importante agregar que la prevención además ha de englobar los sistemas: educativo, médico, legal, religioso, entre otros. Los esfuerzos de prevención deben estar enfocados en programas y estrategias que tengan que ver con los riesgos individuales y las condiciones ambientales. Para ello existen modalidades o protocolos clínicos establecidos que representan un modelo para el manejo de diversos tipos de pacientes categorizados por la vulnerabilidad a enfermedades bucodentales. Estos protocolos están organizados en función de dos ejes, que son: nivel de vulnerabilidad (factores de riesgo) en donde se toma al paciente sano y al paciente con alta vulnerabilidad en los cuales se aplican tratamientos que difieren según la extensión y distribución de patologías en la cavidad bucal, y el segundo eje es el momento en que se realiza la intervención en donde está la fase de atención y la fase de mantenimiento, en la primera fase se inactiva la progresión de la enfermedad y se restaura la salud bucal y en la fase de mantenimiento se busca conservar el estado de salud por un tiempo prolongado (Barrancos, 2000). En dichos protocolos se enfatizan procedimientos de instrucción de higiene oral, dieta balanceada y aplicación de fluoruros con el fin de establecer prevención primaria en pacientes tanto de baja

vulnerabilidad así como también a los pacientes de alta, incluyendo en estos restauraciones preventivas y convencionales (Ver detalle en tabla N° 1).

Los pacientes que son sometidos a terapia antineoplásica tienen alta vulnerabilidad a padecer enfermedades bucales dado al efecto físico y químico sobre la células y tejidos. En este tipo de paciente la labor odontológica no se ha de limitar a la fase de atención, por el contrario se debe hacer mayor énfasis en las fase de mantenimiento dado la degeneración progresiva de los tejidos producto de la terapia antineoplásica Para Shafer (1986) además de las células neoplásicas, ciertas células normales, incluidas las de la mucosa bucal y gastrointestinal, de la médula ósea y de la piel, también exhiben un grado similar de elevada tasa de renovación celular o actividad mitótica y son especialmente susceptibles a manifestar efectos tóxicos y de daño por los agentes antineoplásicos. La cavidad oral es muy susceptible a los efectos tóxicos tanto directos, iniciados por lesiones primarias de los tejidos orales, como indirectos de la quimioterapia oncológica y de la radiación ionizante, causado por los efectos secundarios no orales que afectan secundariamente la cavidad oral, como la pérdida de células inmunes situadas en los tejidos y la pérdida de elementos salivales de protección.

La frecuencia con que se presentan las complicaciones orales varía de persona a persona y según el tipo de terapia antineoplásica aplicada, entre los porcentajes promedio se tiene: 10% en quimioterapia auxiliar, 40% en quimioterapia primaria, 80% trasplante de células madres hematopoyéticas mielosupresoras y 100% en radioterapia a zonas de la cabeza y el cuello que comprenden la cavidad oral (Nacional Cáncer Institute, 2004). Estas complicaciones orales, al ser severas pueden afectar la administración de protocolos oncoterapéuticos óptimos, necesitando reducir la dosis del tratamiento o modificar su horario para permitir que se resuelvan las lesiones orales, el tratamiento suele discontinuarse entonces.

Las complicaciones pueden ser agudas (desarrollándose durante la terapia) o crónicas (desarrollándose meses o años después de la terapia). Por lo general, la

quimioterapia contra neoplasias malignas, causa efectos secundarios agudos que se resuelven después de discontinuarse la terapia y recuperarse los tejidos lesionados. En contraste, los protocolos de radiación característicamente, además de causar efectos secundarios orales agudos, también provocan en los tejidos lesiones permanentes que producen riesgos que permanecerán durante la vida del paciente.

### ***Complicaciones orales inducidas por la quimioterapia***

La vulnerabilidad a toxicidad de la mucosa oral inducida por la terapia oncológica puede producirse por la exacerbación de la microflora oral colonizante cuando la función inmunitaria local y sistémica está afectada simultáneamente, en este sentido los factores de riesgo de las complicaciones orales se derivan tanto del daño directo a los tejidos orales secundario a la quimioterapia como al daño indirecto debido a toxicidad regional o sistémica que va a depender del grado y el tipo de la complicación sistémica. (Ver tabla N°3)

Entre las complicaciones más comunes está la mucositis oral ulcerativa, según Epstein, Chow (1999) ocurre aproximadamente en 40% de los pacientes que reciben quimioterapia y aproximadamente en el 50% de éstos pacientes, las lesiones son tan graves que llegan requerir intervención médica, incluso modificación de la terapia oncológica. La mucosa labial, la mucosa bucal, la lengua, el piso de la boca y el paladar blando se ven afectados más severamente por la quimioterapia que los tejidos fijos altamente queratinizados como el paladar duro y las encías; esto puede deberse a que tienen una tasa más rápida de renovación de células epiteliales.

El riesgo de brotes infecciosos constituye otra de las complicaciones orales de la oncoterapia, se incluyen infecciones en mucosa, dentición, periápices y en el periodonto, provocado por la invasión de virus, hongos y bacterias como consecuencia a la inmunidad sistémica reducida. Los pacientes con enfermedad periodontal crónica que se han sometido a quimioterapia pueden desarrollar

infecciones periodontales agudas y sus correspondientes secuelas sistémicas (Raber, Epstein, 2002), al igual que en paciente que presenta infecciones endodónticas, la terapia oncológica complica el curso de dicha patología, por ello se deben tratar estas lesiones por lo menos 10 días antes de la quimioterapia. El uso de prótesis dental en éste tipo de paciente debe ser vigilado, por el riesgo a aumentar la invasión microbiana a los tejidos más profundos donde pueden fácilmente colonizarse con una variedad de patógenos, incluso *Paeruginosa*, *Ecoli*, especies *Enterobacter*, especies *Staphylococcus aureus*, especies *Klebsiella* y *Candida albicans*. y además producir trauma de las mucosas. Las pautas para la evaluación, sin embargo, se dirigen principalmente a la severidad de la lesión crónica y a los antecedentes recientes (<90 días) de síntomas agudos.

Otra de las secuelas de la terapia antineoplásica es la hemorragia, ésta puede ocurrir durante la trombocitopenia o la coagulopatía inducidas por el tratamiento y constituye un elemento de preocupación para aquellos pacientes tratados con dosis altas de quimioterapia, puede presentarse supuración espontánea de las encías cuando el número de plaquetas disminuye por debajo de  $30.000/\text{mm}^3$  (Schubert, Peterson, Lloid, 1999) y también ocurre la reagudización de enfermedades periodontales previas. Dicha hemorragia puede manifestarse de forma leve con petequias situadas en los labios, el paladar blando o el piso de la boca, o en forma severa con hemorragia gingival persistente o sangrado por úlceras provocadas por el virus herpes simple (VHS) ante trombocitopenia grave.

El uso de quimioterapicos pueden causar neurotoxicidad directa produciendo dolor mandibular profundo y enfermedad aguda de la pulpa dental, es importante tener un historial completo y hacer un examen físico oral cuando hay dolor; por lo general se necesita radiografías y exámenes de la vitalidad de la pulpa dental. Una vez que se haya diagnosticado correctamente, la neurotoxicidad se maneja apoyando al paciente y ofreciéndole orientación respecto al dolor. Los síntomas generalmente se resuelven dentro de una semana después del cese de la quimioterapia causante.

### *Complicaciones de Radioterapia de cabeza y cuello*

**Uno de los desafíos más trascendentales que tiene que afrontar el odontólogo durante la terapéutica odontológica es lidiar con pacientes que reciben radioterapia a nivel de la cabeza y el cuello; debido a que estos pacientes a menudo presentan complicaciones orales agudas inmediatas a la terapia con la radiación, estas complicaciones se manifiestan con carácter significativo por largos períodos de tiempo en la cavidad oral.**

Por esa razón es importante la eliminación de cualquier patología bucodentaria presente, además del establecimiento de métodos preventivos y parámetros de higiene oral, diseñados para proteger la salud bucal de los pacientes, antes de recibir la radioterapia. A su vez es de vital importancia que estos pacientes durante la terapia antineoplásica, reciban una evaluación oral constante, debido a que la radiación provoca a los tejidos orales del paciente en un estado vulnerable al desarrollo de complicaciones orales durante toda su vida, y la realización de tratamientos odontológicos invasivos pueden ocasionar secuelas adicionales .

**Para Zheng, Inokuchi y Yamamoto en su investigación publicada en la revista Fukuoka Igaku Zasshi. (2002), consideran que el paciente que se va a exponer a radiación de dosis elevadas, es imprescindible que reciba una evaluación completa varias semanas antes de la radioterapia. Es un tiempo prudencial que debe esperarse para la recuperación de los tejidos, si existe la necesidad de realizarle al paciente algún tratamiento invasivo previo a la radiación, tales como extracciones dentales, tratamiento periodontal y terapia endodóntica. La finalidad de esta evaluación es reconocer si existe algún diente que presente riesgos de infección o ruptura que posteriormente necesite de un tratamiento invasivo durante o después de la radiación, lo que conllevaría a una complicación de necrosis en los tejidos blandos y osteonecrosis.**

**Una de las complicaciones que se puede reconocer anticipadamente a la radiación es la xerostomía donde se expone el riesgo de presentar enfermedades dentales significativas, tales como caries recidivantes, enfermedad periodontal y**

endodóntica. Dado a esto, es especialmente importante establecer métodos o estrategias para la atención odontológica previa a la radiación a fin de reducir permanentemente el impacto de las complicaciones de xerostomía grave y sus complicaciones.

Las complicaciones orales ocasionadas por la radiación a la cabeza y el cuello pueden dividirse en dos grupos según el momento de la incidencia: se incluyen complicaciones agudas que son las que ocurren durante la terapia tales como mucositis oro-faríngea, sialoadenitis, xerostomía, infecciones (Candidiasis principalmente) y disfunción del gusto; ocasionalmente se observa la necrosis de los tejidos ya avanzada la terapia, y también se presentan complicaciones crónicas como fibrosis y atrofia de la mucosa, xerostomía, caries por xerostomía, infecciones (Candidiasis principalmente), necrosis de los tejidos, disfunción del gusto y fibrosis muscular y cutánea.

Dose (1995), establece que el tipo de mucositis que se produce por radiación, es similar pero no idéntica a la mucositis producida por altas dosis de quimioterapia, debido a que la duración extensa y la gravedad de la mucositis por radiación combinadas con el tratamiento ambulatorio de la mayoría de los pacientes sometidos a radiación origina desafíos para los odontólogos en cuanto a el tratamiento del dolor, debido que la mucositis aumenta su gravedad con la radiación y también la ineficacia en cuanto al tratamiento tópico del dolor aumenta, viéndose en la necesidad de depender de analgésicos sistémicos para el manejo de mucositis oral por radiación.

Epstein (1993), al realizar un estudio referente a: Factores de Riesgo: destaca que las infecciones más comunes que padecen los pacientes que reciben radioterapia es la Candidiasis, infección que puede aumentar los síntomas de la mucositis bucofaríngea.

Nelson. (1998), establece que una de la alteraciones reversibles más frecuentes que padecen estos pacientes, son los cambios que ocurren a nivel de los receptores del gusto, son los primeros en sufrir trastornos durante el

tratamiento de radioterapia, donde la mucosa oral y faringea se ven afectadas por la radiación.

Un estudio anterior realizado por Myer y Marx (1990) explicaba que estos receptores sufren un daño que va comprometiendo poco a poco el sentido del gusto, lo que ocurre después de varias semanas de la exposición. Este daño no es permanente, pero prolonga aproximadamente entre 6 a 8 semanas para que el paciente recupere el sentido del gusto. También en estudios realizados por Zheng (2002), han demostrado que un coadyuvante en la recuperación de esta alteración son los complementos de sulfato de zinc (220mg). Asimismo, por efecto de las radiaciones surgen lesiones tardías o crónicas, principalmente a nivel del sistema vascular, las glándulas salivales, las mucosas, el tejido conjuntivo y los huesos. El tipo y la severidad de estos cambios corresponden exclusivamente con la dosis de la radioterapia, el tamaño del fraccionamiento y la duración del tratamiento. Los cambios de la mucosa incluyen atrofia epitelial, vascularización reducida y fibrosis submucosa.

Según Silverman (2003) destacó que la radioterapia trae efectos secundarios dañinos en cuanto al tejido duro de los dientes cuando se realiza una investigación debido a una serie de factores tales como la alteración en la flora cariogénica, concentración reducida de proteínas antimicrobianas salivales, y pérdida de los elemento remineralizadores. Estos pacientes tienen el riesgo de sufrir un aumento en la colonización de bacterias tales como, *Streptococcus Mutans* y *Lactobacillus*, incrementando así su vulnerabilidad a padecer caries. Además, de estas reacciones tardías, surgen también complicaciones más serias, como son la necrosis y la infección secundaria de tejidos previamente irradiados, hay cambios crónicos que afectan a la mucosa oral y a los huesos siendo el resultado de un proceso inflamatorio y de cicatrización vascular que desde luego van a provocar lesiones hipovasculares, hipocelulares e hipóxicos.

Con respecto a la necrosis del tejido blando, se puede ver afectada cualquier superficie de la mucosa oral, siendo las superficies no queratinizadas las que tienen un alto riesgo de padecer necrosis, la cual comienza con una ruptura

ulcerativa en la superficie de la mucosa y puede propagarse en diámetro y profundidad, el dolor es intenso. El riesgo de necrosis depende de la dosis de radiación y el volumen de tejido irradiado y los signos clínicos de esta necrosis comprenden dolor, pérdida reducida o completa de la sensación, fístula e infección. A nivel óseo, es importante destacar que el hueso afectado es incapaz de repararse debidamente y corre un alto riesgo a fracturarse.

Además, la asociación de la oncoterapia con radiación puede desarrollar síndromes mucoesqueléticos secundarios. Las lesiones incluyen fibrosis de los tejidos blandos y hábitos parafuncionales relacionados con tensión emocional causada por el cáncer y su tratamiento. Como se ha mencionado con anterioridad, una de las complicaciones agudas más importantes en los pacientes que reciben radioterapia, es la xerostomía, LeVeque, Montgomery, Potter (1993), la definen como la reducción marcada en la secreción de las glándulas salivales, cuyos síntomas y signos incluyen resequedad, sensación de ardor en la lengua, fisura de las comisuras labiales, atrofia de la superficie lingual dorsal, dificultad al usar dentaduras postizas y aumento en la sed.

En este sentido, tanto la quimioterapia como la radioterapia pueden dañar las glándulas salivales y producir xerostomía, la glándula parótida puede ser más susceptible a los efectos de la irradiación que los tejidos sublinguales, submandibulares y otros tejidos menores de las glándulas salivales. Habitualmente es a corto plazo y la recuperación se observa a las 2 a 8 semanas después de la terapia con radiación, pero la recuperación total o máxima se observa a los 12 meses después de la terapia.

La xerostomía produce cambios en la boca que causan incomodidad al paciente, entre estas podemos mencionar el aumento de la viscosidad de la salival, lo que disminuye la lubricación de los tejidos orales, también la capacidad estabilizadora se ve afectada, aumentando el riesgo de caries dental y, a su vez contribuye al aumento de la patogenicidad de la flora oral, aumentando la acumulación de placa bacteriana.

**Aunado a esto, uno de los síntomas importantes que manifiestan los pacientes que reciben radioterapia de cabeza y cuello es la disgeusia, Bartoshuk (1990), establece que la etiología se asocia a varios factores donde incluye la neurotoxicidad directa de las células gustativas, xerostomía, infección y condiciones psicológicas, y a su vez, han postulado que el daño de las microvellosidades y la superficie externa de las células gustativas son el mecanismo principal de la perversión del sentido del gusto.**

**Después de las primeras semanas del tratamiento con quimioterapia, los pacientes pueden sentir un sabor desagradable secundario, pero el síntoma general es reversible, y la sensación de sabor se normaliza en pocos meses. Las dosis altas de radiación reducen la agudeza del gusto con respecto a los sabores agrios, dulces, amargos y salados.**

**También en estos pacientes puede haber pérdida del apetito, al mismo tiempo que padecen de mucositis, xerostomía, pérdida del sentido del gusto, disfagia, náuseas y vómitos, por tal motivo la calidad de vida se ve afectada al comenzar los problemas con la alimentación. Los dolores orales al comer pueden hacer que se seleccionen alimentos que el paciente pueda deglutir y no dañe a los tejidos orales, sacrificando una nutrición balanceada.**

**Visser, Smets (1998), afirma que los pacientes que son sometidos a quimioterapia y a radiación, pueden sentir cansancio o fatiga, relacionado bien sea con su enfermedad y su tratamiento. Estos procesos pueden producir privación del sueño o trastornos metabólicos que juntos contribuyen al desmejoramiento del estado oral comprometido.**

#### *Tratamiento oral preventivo para pacientes con Neoplasias Malignas*

La evaluación odontológica del paciente que será sometido a terapia contra el cáncer debe realizarse lo más pronto posible antes del tratamiento de quimioterapia y radioterapia según sea el caso, con la finalidad de que el odontólogo determine la condición de la cavidad oral antes de la terapia e inicie los procedimientos necesarios para reducir las complicaciones orales durante la terapia y después de ésta. Según las

publicaciones realizadas por Beck en 1990, lo ideal es que este examen se realice por lo menos 1 mes antes del tratamiento antineoplásico para evitar y aminorar las secuelas y con ello permitir la curación adecuada de cualquier procedimiento dental que sea necesario. Se debe iniciar un programa de higiene oral, continuo asegurándose que el paciente lo siga al pie de la letra.

Las complicaciones orales en los pacientes que reciben terapia oncogénica, se puede reducir significativamente cuando antes del tratamiento se inicia una estrategia intensiva para estabilizar la higiene oral. Las medidas preventivas principales, tales como consumo nutritivo apropiado, higiene oral eficaz y detección temprana de lesiones orales, constituyen intervenciones importantes previas al tratamiento.

En un trabajo realizado por Peterson (1988) se establecen estrategias de pretratamiento para prevención de infección en pacientes de quimioterapia en donde señala la necesidad de la comunicación entre el oncólogo y el odontólogo para la estabilización de la enfermedad oral antes de la terapia antineoplásica, para ello el departamento oncológico debe proporcionar ciertos datos al odontólogo tales como: características de la enfermedad subyacente (tipo, etapa, pronóstico), régimen de condicionamiento (quimioterapia, irradiación a todo el cuerpo), estado hematológico actual/inmunológico actual, medicamentos actuales y otras consideraciones médicas tales como enfermedad cardíaca, pulmonar, entre otros. Y entre los datos que deben ser suministrados por el odontólogo al departamento de oncología están: caries dentales (cantidad/gravedad), estado de enfermedad periodontal, número de dientes que requieren extracción, necesidad de alguna otra atención urgente, tiempo necesario para completar. El objetivo de la comunicación entre el equipo de salud es determinar un plan de atención oral integrado que elimine o estabilice la enfermedad oral que de otra manera podría producir complicaciones durante la quimioterapia o después de ella, reduciendo el riesgo de toxicidades orales y la resultante disminución del riesgo de secuelas sistémicas, reducción del costo de atención al paciente y mejora de la calidad de vida. Si el paciente no puede recibir en su comunidad la atención oral que

necesita desde el punto de vista médico, el equipo oncológico debe asumir la responsabilidad por el manejo de la afección oral.

En el tratamiento que se realiza tanto antes como posterior a la terapia oncológica se debe enfatizar en la higiene oral sistemática rutinaria que es importante para reducir la incidencia y la severidad de las secuelas orales de la terapia antineoplásica. Se le ha de explicar al paciente la razón fundamental por la cual debe seguir el programa de higiene oral e informarle cuáles son los efectos secundarios posibles de la quimioterapia y la radioterapia contra el cáncer.

El manejo de los pacientes que están recibiendo quimioterapia o radiación a dosis elevadas, comparten ciertos principios comunes publicados por Sonis, Kunz, en 1988, basados en el cuidado oral básico y reducción del trauma físico a la mucosa oral. Señala entre las indicaciones del programa de higiene oral sistemática están: Cepillado de dientes. (los cepillos de dientes eléctricos y ultrasónicos son aceptables si el paciente puede utilizarlos sin producir trauma.), utilizar cepillo de cerdas blandas de nylon (2-3 hileras), cepillar 2 a 3 veces por día con el método Bass para limpieza del surco gingival, enjuagar frecuentemente, utilizar con enjuagues antimicrobianos cuando fuera posible, en cuanto al dentífrico utilizar el que el paciente elija o tolere, preferiblemente con flúor, usar solución salina al 0.9% o agua si el dentífrico produce irritación, limpieza con hilo dental una vez por día empleando una técnica atraumática con modificaciones según fuera necesario, enjuagues suaves (con solución salina al 0.9%, solución de bicarbonato de sodio, o una mezcla de ambas), enjuagues antimicrobianos tópicos (enjuague oral de clorhexidina al 0.12% a 0.2%, enjuague oral con povidona yodada) repetir 2 a 4 veces por día según la gravedad de la periodontopatía.

Entre las pautas para el manejo de prótesis dentales y aparatos ortodónticos en pacientes que reciben dosis altas de terapia oncológica se ha de indicar reducir a un mínimo el uso de prótesis dentales durante las primeras 3 a 4 semanas posteriores al trasplante, usarla solo al comer, limpiarla dos veces al día con un cepillo blando y

enjuagar bien, enjuagar en soluciones antimicrobianas cuando no están colocadas en la boca, realizar procedimientos sistemáticos de limpieza de la mucosa oral 3 a 4 veces por día con los aparatos orales fuera de la boca, no usar los aparatos mientras duerme y durante períodos de dolor bucal considerable, retirar los aparatos ortodónticos u ortopedicos antes del acondicionamiento. El apego del paciente al uso de estos elementos puede aumentarse al máximo con la supervisión integrada del profesional de atención a la salud.

Los pacientes que utilizan prótesis dentales removibles o dispositivos ortodónticos corren el riesgo de dañar la mucosa o provocar infección. Este riesgo puede eliminarse o reducirse sustancialmente antes del tratamiento antineoplásico con dosis alta. La limpieza de los dientes con cepillo e hilo dental representa dos métodos simples y rentables para controlar la placa bacteriana dental. Esta estrategia está diseñada para reducir el riesgo de infección oral de los tejidos blandos durante la mieloablación. El control mecánico de la placa no solo fomenta la salud gingival, sino que también puede disminuir el riesgo de exacerbación de la mucositis oral secundaria a la colonización microbiana en las superficies mucosas lesionadas.

Entre las consideraciones es importante el evitar la resequedad de los labios para reducir el riesgo de lesión al tejido. Esta afección puede provocarla el respirar por la boca y la xerostomía secundaria a las medicaciones anticolinérgicas utilizadas para el manejo de las náuseas. Los productos para el cuidado de los labios contienen aceites y ceras a base de petróleo que pueden resultar útiles. Las cremas y ungüentos a base de lanolina, sin embargo, pueden ser más eficaces en proteger contra este tipo de trauma.

En este sentido, las intervenciones específicas del odontólogo en el tratamiento de secuelas de la terapia oncogénica se dirigen a : lesiones de las mucosas, caries dental y enfermedad endodóntica, enfermedad periodontal, prótesis mal ajustadas, dispositivos ortodónticos, disfunción temporomandibular y anomalías de

glándulas salivales. Para la ejecución de los tratamientos se debe tomar en cuenta ciertas pautas (ver tabla N° 43). La profilaxis antibiótica antes de los procedimientos orales invasores podría justificarse en algunos casos, con catéteres venosos centrales

El procedimiento que debe seguirse para el tratamiento de pacientes con mucositis oral, según Dose. (1995), se inicia con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), pero como el dolor es intenso, se ve la necesidad de combinar los AINE con opiáceos para que los pacientes se sientan relativamente cómodos, a su vez, se administran medicamentos adyuvantes con la finalidad de ofrecer analgesia auxiliar y manejar los efectos secundarios de los AINE y los opiáceos. Nuevos tratamientos como la crioterapia tópica puede mejorar la mucositis causada por quimioterapia como el 5-fluorouracilo (FU-5) al reducir la transferencia vascular de estos fármacos tóxicos al epitelio oral que se está replicando, (Rocke 1993).

**En casos de presentarse Candidiasis, que es una infección secundaria a la radioterapia, se tratar a través de fármacos antimicóticos tópicos como la nistatina y el clotrimazol (Epstein, 1999). El tratamiento puede verse alterado a causa de náuseas, el dolor y dificultad en disolver la pastilla de nistatina y las tabletas de clotrimazol. También es indispensable el uso de antimicóticos sistémicos como el cetoconazol y el fluconazol.**

**Por otra parte, el tratamiento para los efectos secundarios sufridos en los tejidos dentarios, está dirigido a mantener una higiene oral óptima, la xerostomía podría manejarse por medios de sustitutos salivales o sialógenos como pilocarpina, cevimefina, betanecol y antioletrina (Sialor MT), la resistencia a la caries se puede mejorar por medios de fluoruros tópicos, cuya eficacia puede ser aumentada prolongando el tiempo de contacto con las superficies dentales, a través del uso de cubetas acrílicas o vinílicas y el tratamiento ideal para reducir las colonias bacterianas son los enjuagues con Clorhexidina por varias horas. (Schubert, Peterson, Lloyd Silverman, 1999).**

**Silverman, (2003), señala que el tratamiento más favorable para la osteonecrosis, se centraba en la prevención, la cual comienza con la atención oral**

odontológica antes de la radiación, examinando completamente la dentición y el periodonto, los periápices y la mucosa con el fin de identificar la enfermedad oral, la cual debe eliminarse antes de proceder a la oncoterapia, aunado a esto el paciente debe evitar el uso de prótesis dental removible si esta colocada sobre la zona de la osteonecrosis, a su vez debe tener una ingesta de alimentos adecuada y cese del hábito del tabaquismo si lo posee.

El mismo autor, recalca la relevancia del uso de la cámara de oxígeno hiperbárica para el manejo de la osteonecrosis, ya que, esta terapia aumenta la oxigenación del tejido irradiado, promueve la formación de vasos sanguíneos y fortalece la repoblación de osteoblastos y la función de los fibroblastos.

Los pacientes que sufren de disfunción mandibular, el tratamiento a seguir debe incluir ejercicios para estirar la mandíbula y el uso de aparatos protésicos ideados para reducir la severidad de la fibrosis, es importante que esto se aplique antes de que aparezca el trismo.

Mattsson, Arvidson, Heimdahl, (1992), observaron que los suplementos con zinc (220mgde sulfato de zinc dos veces al día) ha sido útil para algunos pacientes que sufren de disgeusia, pero todavía no se sabe a ciencia cierta cuales serán los beneficios globales de este tratamiento. A su vez establecen que para aquellos pacientes que tienen dificultad para la ingesta de alimentos, las deficiencias nutricionales pueden reducirse al mínimo al modificar la textura y consistencia de la dieta agregando meriendas entre comidas para aumentar el consumo de proteínas y calorías, y administrando vitaminas, minerales y suplementos calóricos.

### **Definición de Términos**

#### **Cáncer:**

Tumor maligno en general especialmente formado por células epiteliales. Los cánceres se dividen en dos grandes categorías de carcinoma y sarcoma. Las características básicas de la malignidad es una anomalía de las células transmitida a las células hijas, que se presentan por la reducción del control de crecimiento y la

función celular, reduciendo a una serie de fenómenos adversos en el huésped a través de un crecimiento masivo, invasión de tejidos vecinos y metástasis.

**Candidiasis:**

Es una infección causada por hongos del género Candida, generalmente la Candida Albicans. La infección puede asentarse en la mucosa bucal, intestino, piel, uñas, vagina, bronquios, pulmones, meninges. En la cavidad bucal es causada un hongo unicelular brotante a cuyo género se le llamó Monilia y actualmente Candida. Se trata de huéspedes de la flora bucal normal.

**Diagnóstico:**

Parte de ciencia y del arte de curar que tiene por objeto interpretar y evaluar los datos y síntomas recogidos en el examen, distinguiendo en el paciente el estado de salud o enfermedad en que se encuentra y en el último caso, su carácter y nombre.

**Disfagia:**

Es el trastorno de la deglución que se vuelve generalmente dolorosa.

**Disfunción:**

Se define como la alteración cualitativa de la función de un órgano. Este término se aplica a las fuerzas que desencadenan una amplia variedad de traumas, afectando al sistema estomatognático.

**Disgeusia:**

Perversión del sentido del gusto. El afectado puede quejarse de experimentar en su boca un gusto salado o metálico.

**Fibrosis:**

Es la formación de tejido fibrosos después de haber sufrido una injuria los tejidos, también se puede definir como la modificación cuantitativa en la integración del tejido conjuntivo por la que se produce un predominio de fibras colágenas con merma de la sustancia amorfa, afectándose la parte funcional del órgano donde esto ocurre.

**Mielo-supresión:**

Es el trastorno funcional que ocurre a nivel de los mielocitos de la médula ósea de donde derivan los granulocitos de la sangre.

**Modalidad:**

Modo de ser o de manifestarse algo, mecanismo que permite a los individuos expresar un grado de compromiso o creencia.

**Mucositis:**

Define la inflamación de una determinada mucosa, según la investigación se enfoca a una mucositis oral producto de las terapias físico- químicas oncológicas, originándose eritema gingival difuso de considerable intensidad, además de ulceraciones labiales y comisural.

**Neoplasia:**

Se refiere a la neoformación de tejido, en el que la multiplicación celular no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo y que a veces tiene un carácter progresivo. (Tumor).

**Osteonecrosis:**

Es la mortificación del hueso, en esta investigación se refiere a la necrosis ósea que ocurre producto de la terapia oncológica ionizante.

**Prevención:**

Es un objetivo de máxima importancia en el quehacer odontológico, sea privado o en Salud Pública, configurándose así no solamente el arte de curar sino también el de prevenir. En el actual y amplio concepto es no sólo evitar daño sino que, habiéndose producido éstos, significa detenerlos o limitarlos para que no sigan su evolución y acarreen males peores a los ya causados.

**Quimioterapia:**

Es el tratamiento que es realizado por sustancias químicas, especialmente el fundado en la afinidad que poseen ciertos compuestos químicos por microorganismos determinados.

**Radioterapia:**

Es el tratamiento de las enfermedades por medio de dosis relativamente elevadas de radiación, natural o artificial de toda clase de rayos, especialmente los roentgenológicos, pueden ser superficial, semipenetrante, profunda y ultrapenetrante.

**Sialoadenitis:**

**El término define a la inflamación que ocurre a nivel de las glándulas salivales, sialoadenitis aguda; es una enfermedad inflamatoria aguda de las glándulas salivales, atacando de preferencia a la parótida. La provocan estafilococos y estreptococos, y es mas habitual que se localice en un solo lado de cara.**

**Sialógogos:**

**Agentes estimulantes de saliva, utilizados para aumentar la secreción salival, manteniendo así la lubricación de la mucosa oral.**

**Tratamiento Preventivo**

Es todo aquel procedimiento que crear condiciones y/o beneficios que promuevan el bienestar del individuo, para proteger, realzar y restaurar la salud y el bienestar de los individuos y sus comunidades.

**Trismo:**

Es la contracción titánica que ocurre a nivel de los músculos de la masticación donde se produce oclusión forzada de la boca.

**Xerostomia:**

El término define a la disminución que ocurre a nivel del fluido salival, lo que conlleva a la sequedad bucal, producto de un defecto de secreción en función de las glándulas salivales.

### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

##### **Tipo de Investigación**

Es una investigación de tipo Descriptiva, ya que la intención del estudio fue lograr una representación real de los hechos y las características fundamentales de un fenómeno, identificando las formas de conductas y actitudes de individuos que se encuentran en el universo de la investigación (León y Montero, 1993). Así mismo, el nivel de investigación es transversal, ya que implica recolectar de datos en un solo

corte en el tiempo, siendo el momento de la aplicación del instrumento independiente de los resultados que se obtengan.

Finalmente el método específico que se adapta a las particularidades de la presente investigación es el del diseño no experimental de tipo campo, el cual establece la modalidad o la estrategia general que rige este estudio, ya que el investigador observa los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo. (León y Montero, 1993).

Dicha investigación se guió con pasos sistemáticos y controlados de análisis de fenómenos observables con una visión crítica y objetiva, impidiendo así utilizar datos de forma empírica.

### **Población y Muestra**

Este estudio evaluó a, tanto pacientes sometidos a terapia antineoplásica tratados con quimio y radioterapia en el departamento de oncología de la Clínica la Isabelica, así como como odontólogos docentes de la de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. La población como la describe Ostle (1983) es la totalidad de valores posibles de una característica particular de un grupo específico de objetos. Tal grupo de objeto se llama universo y puede tener varias poblaciones asociadas a él. En este sentido, el universo de esta investigación estuvo formado por los Odontólogos docentes, que estaba integrado por 210 individuos, de los cuales 114 ejercen la Odontología en consulta privada y fueron éstos, los que conforman la población de dicha investigación. Por otra parte la población de pacientes sometidos a terapia oncológica objeto de estaba conformada por (50) individuos.

Para Ander-Egg (1982) la muestra es el conjunto de operaciones que se realiza para estudiar la distribución de determinados caracteres en la totalidad de una población, universo o colectivo, partiendo de la observación de una fracción de la población considerada.

En este estudio, en base a la población antes descrita se seleccionó una muestra por azar simple, método éste en donde cada elemento de la población tiene la misma probabilidad de estar incluido en la muestra elegida (Ander-Egg, 1982), dentro de la investigación la muestra representó un treinta por cien (30%) de la población, formada por 34 Odontólogos docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Igualmente, de la población de pacientes sometidos a terapia oncológica se seleccionó un cincuenta por ciento (50%) como muestra para la investigación, lo que equivale 25 pacientes que reciben terapia antineoplásica en la Clínica de la Isabelica.

### **Instrumento de Recolección de Datos**

Goetz (1988) define la técnica de recolección como el método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuesta sobre el problema en estudio. Para este estudio se consideró pertinente la utilización de dos instrumentos de recolección de datos, ya que permitió interactuar con los dos elementos principales de la investigación y obtener mayor información para desarrollar las conclusiones y recomendaciones de este trabajo de investigación.

La metodología utilizada se basó en la aplicación de un instrumento de tipo cuestionario a un grupo de Odontólogos que ejerzan la profesión en consulta privada, y otro para un grupo de pacientes que reciben terapia oncológica, con el fin de obtener los datos necesarios para la evaluación de la situación actual en cuanto a la modalidad de tratamiento preventivo que se está utilizando para este tipo de pacientes.

El cuestionario es el instrumento escrito, que establece provisionalmente las consecuencias lógicas de un problema con la previa elaboración de preguntas congruentes (Zorrilla, 1993). En este caso se utiliza dos (2) cuestionarios como instrumentos de recolección de datos, ambos están conformado por preguntas

cerradas, de tipo dicotómicas y tricotómicas, está dirigido a Odontólogos docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad que ejercen la odontología en consulta privada, el objetivo es conocer la situación actual dentro de los consultorios de odontología en cuanto a lo que a tratamientos preventivos se refiera. El cuestionario para los pacientes esta conformado de 5 preguntas cerradas que determinan la experiencia individual que han tenido en cuanto a la atención odontológica preventiva. Ambos cuestionarios contienen preguntas cerradas a fin de delimitar las respuestas dadas por los elementos en estudio y facilitar el análisis de la información de allí obtenida.

### **Validez y Confiabilidad**

Con la finalidad de determinar la realidad que se pretendía medir por medio de los instrumentos utilizados para la recolección de la información, fue necesario darle validez de contenido y comprobar la confiabilidad de dichos instrumentos.

En este sentido, los instrumentos utilizados en esta investigación fueron validados a través del juicio de expertos con la colaboración de dos (02) especialistas en patología bucal y un (1) especialista en el área de metodología a de la investigación, los cuales evaluaron y realizaron observaciones de ambos instrumentos. La validez, según Hernández (1998), se refiere al grado en que un instrumento mide la variable que se pretende medir, en este caso fueron los expertos los encargados de medir si el instrumento aplicado tanto a los Odontólogos como a los pacientes era lo suficientemente valido para evaluar la modalidad actual de tratamiento preventivo para pacientes sometidos a oncoterapia, lo cual fue cumplido.

Por otra parte, una medición es confiable o segura cuando aplicada repetidamente a un individuo o grupo, al mismo tiempo o por investigadores diferentes da iguales o parecidos resultados (Sánchez 1996), para determinar la confiabilidad en este caso, se realizó una prueba piloto a 10 individuos de cada población escogidos al azar, a los cuales se les aplicó los instrumentos respectivos para comprobar su confiabilidad, los

resultados de dichos instrumentos se codificaron en un programa estadístico en donde se confirmó la confiabilidad de los instrumentos utilizados.

### **Procesamiento y Análisis de los datos**

Una vez que se recopiló la información mediante la aplicación de los instrumentos, dicha información se organizó, codificó, tabuló y graficó con la intención de describir la tendencia de las variables del estudio. Igualmente a esta información se le aplicó un tratamiento estadístico descriptivo.

## **CAPITULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Los datos recolectados mediante la aplicación de los instrumentos especialmente diseñados, se expresan a través de las frecuencias absolutas y relativas. Se incluyen además las interpretaciones a continuación de cada una de las tablas y gráficos de forma cuantitativa.

Como técnica estadística se empleó el análisis porcentual realizado en Excel, la que permitió agrupar los resultados y expresarlos en porcentajes de frecuencia, específicamente de los indicadores diseñados para cumplir los objetivos de la presente investigación, en donde se utilizó como variables en primer lugar la modalidad de tratamiento preventivo oral para pacientes sometidos a terapia anti-neoplásica y por otro lado la experiencia de pacientes sometidos a terapia oncológica.

Con relación al objetivo específico que expresa: Indagar si los Odontólogos investigados, toman en cuenta actualmente sí sus pacientes padecen de neoplasias malignas, a través de su historia clínica, los resultados fueron los siguientes:

**Cuadro N° 1**

**Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con la aplicación de tratamientos orales preventivos por parte de los Odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo a pacientes sometido a terapia oncológica**

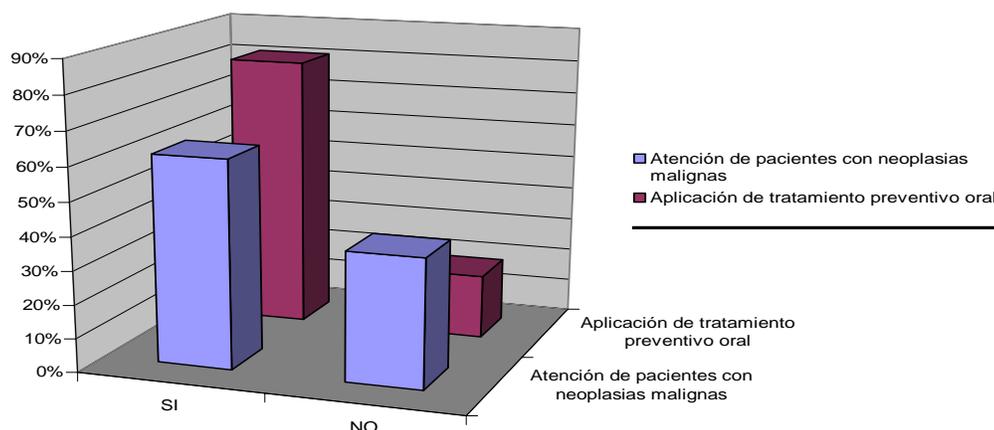
**Dimensión. Modalidad preventiva en consulta privada**

**Indicador. Aplicación e importancia de tratamientos preventivos**

**Ítems. 1 y 2 del instrumento para los odontólogos**

	<b>Si</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>Atención de pacientes con neoplasias malignas</b>	21	61,76 %	13	38,23 %	34
<b>Aplicación de tratamiento preventivo oral</b>	17	80,95 %	4	19,04 %	21

**Fuente: Molina y Milano 2004**



**Grafico N°1**

**Diagrama de barras relacionado con el porcentaje de pacientes con neoplasia malignas atendidos odontológicamente, y la aplicación de tratamientos preventivos.**

**Fuente: Molina y Milano 2004**

**Análisis e interpretación:** De acuerdo a los datos obtenidos el 61,76 % de los Odontólogos docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo han atendido a pacientes con neoplasias malignas y un 38,23% no ha atendido a pacientes de este estilo. Sin embargo de los odontólogos que han atendido a este tipo de pacientes solo el 80,95% refiere haber aplicado tratamientos preventivos orales y un 19,04% no ha realizado tratamiento preventivo a este tipo de pacientes.

Con respecto al objetivo específico que se refiere a: Establecer la modalidad de tratamiento preventivo que predomina actualmente en consultas odontológicas ubicadas en la ciudad de Valencia por parte de los odontólogos sujetos a investigación los resultados se presentan a continuación:

## **Cuadro N° 2**

Distribución de frecuencia y porcentaje relacionados la aplicación de diferentes tipos de tratamientos orales preventivos a pacientes sometidos a terapia anti-

neoplásica, por parte de los Odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo

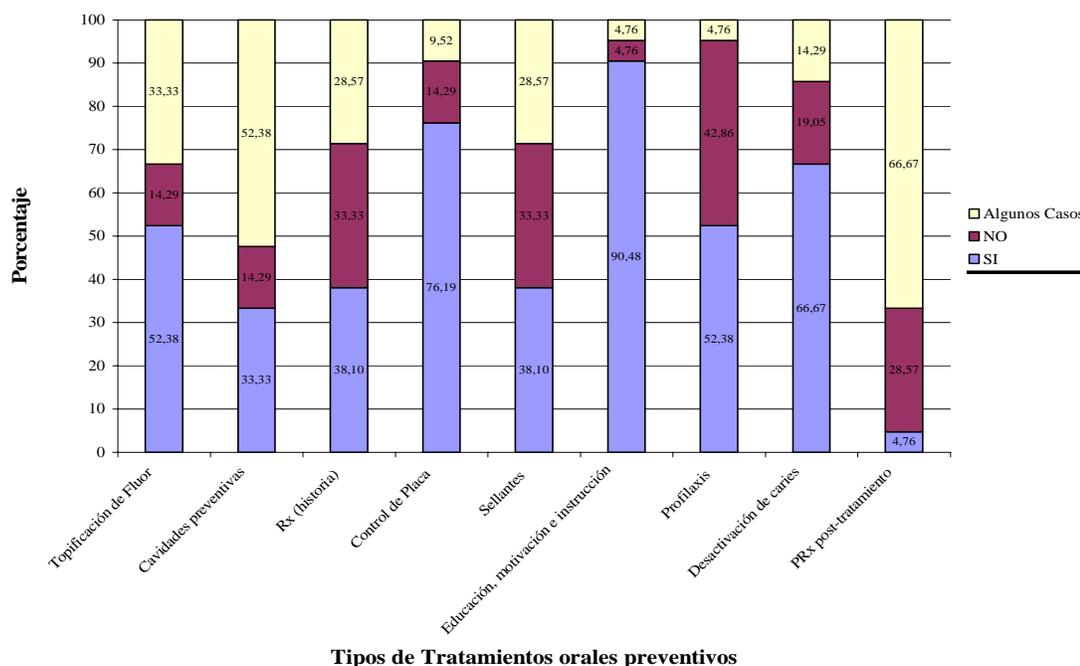
## **Dimensión. Protocolo de tratamiento preventivo oral**

**Indicador. Tipo de tratamiento odontológico preventivo**

**Ítems: 3 del instrumento para los odontólogos**

<b>Modalidad de Tratamiento</b>	<b>Si</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Algunos casos</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>Topificación de Flúor</b>	11	52,38	3	14,29	7	33,33	21
<b>Cavidades preventivas</b>	7	33,33	3	14,29	11	52,38	21
<b>Rx (historia)</b>	8	38,10	7	33,33	6	28,57	21
<b>Control de Placa</b>	16	76,19	3	14,29	2	9,52	21
<b>Sellantes</b>	8	38,10	7	33,33	6	28,57	21
<b>Educación, motivación e instrucción</b>	19	90,48	1	4,76	1	4,76	21
<b>Profilaxis</b>	11	52,38	9	42,86	1	4,76	21
<b>Desactivación de caries</b>	14	66,67	4	19,05	3	14,29	21
<b>Rx post-tratamiento</b>	1	4,76	6	28,57	14	66,67	21

**Fuente: Molina y Milano 2004**



**Grafico N° 2**

**Distribución de la aplicación de los diferentes tratamientos preventivos orales a pacientes sometidos a terapia antineoplásica**

**Fuente Molina y Milano 2004**

**Análisis e interpretación:** De acuerdo al análisis porcentual arrojado en la tabla N° 2 se establece que un 52.38 % se inclina a colocar flúor en todos los pacientes que reciben terapia anti-neoplásica, lo cual es una tendencia positiva hacia la aplicación de este tratamiento, mientras que un 47.62 % afirma no colocar topificaciones de flúor o sólo colocarlas en algunos casos. En el caso de las cavidades preventivas el 33.33 % de los Odontólogos expresan realizarlas en sus pacientes, pero por el contrario el 66.67 % manifiesta no realizarlas en todos sus pacientes que presenten esta condición, opinando que depende de la lesión.

En cuanto a la realización del control de Rx, como método de diagnóstico al inicio del tratamiento, el 61.9 % expresa no realizarlo como parte de la historia clínica, una fracción de este mismo porcentaje dice sólo hacerlo en algunos casos, y así queda

únicamente un 38.10 % de la población encuestada que afirma si utilizar dicho auxiliar de diagnóstico en pacientes que son sometidos a oncoterapias.

En lo que respecta al control de placa, un 76,29% de los encuestados afirma realizar este tipo de tratamiento preventivo, frente a un 9,52% que sólo lo hace como último recurso por causas de mala higiene, mientras que el 14,29% simplemente no realiza prevención alguna. En el renglón referido a colocación de sellantes, apenas el 38,10% de los entrevistados los aplica a pacientes que manifiestan estar bajo tratamiento antineoplásico, el 33,33% no los aplica, y el 28,57% los aplica sólo en algunos casos.

Las cifras obtenidas con respecto a profilaxis, el 52,48% de los odontólogos encuestados afirma realizar este tipo de tratamientos preventivos en todas las citas, mientras el 42,86% no lo hace; uno de los entrevistados que representa el 4,76% de la población afirma realizarlo únicamente en la última cita

Luego, en la no menos importante parte motivacional, educativa e instructiva, el 90,48% manifiesta la aplicación de este tipo de técnicas a dichos pacientes, quedando solo un 9,52% que no lo realiza nunca o sólo con algunos pacientes.

Los datos recogidos del instrumento aplicado, en lo referente a la desactivación de procesos cariosos se obtuvo que el 66,67 % de la población encuestada lleva a cabo dicha actividad mientras que el 33,34 % no realiza dicho procedimiento, o tienden a la remineralización con otros métodos.

Por último el ítem referente a la realización de control radiográfico post tratamiento solo el 4,76 % manifestó efectuar dicho procedimiento, y la mayoría reprobada por 95,36 % no lo efectúa o solo en algunos casos.

Con relación al objetivo que indica lo siguiente: Examinar la experiencia odontológica de pacientes que han sido diagnosticados con alguna neoplasia maligna, se evidencia los siguientes resultados los cuadros N° 3, 4 y 5:

### Cuadro N° 3

Distribución de frecuencia y porcentaje relacionados con la asistencia de los pacientes diagnosticados con alguna neoplasia maligna que reciben terapia oncológica en el último trimestre del 2004 en la Clínica la Isabelica, a la consulta odontológica

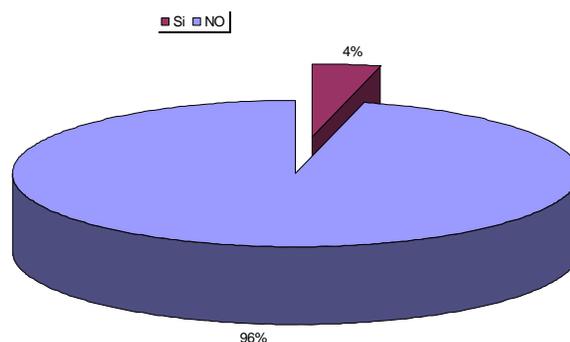
**Dimensión: Experiencia odontológica de pacientes**

**Indicador : Aplicación de tratamiento odontológico preventivo**

**Ítems: 1 y 2 del instrumento para los pacientes**

	Si	%	NO	%	Total
Asistencia y aplicación de tratamiento preventivo a la consulta odontológica	1	4	24	96	25

Fuente: Molina y Milano 2004



**Gráfico N° 3**

**Diagrama circular relacionado con la asistencia de los pacientes con neoplasias malignas a la consulta odontológica**

Fuente Molina y Milano 2004

**Análisis e interpretación:** Con respecto a la asistencia de los pacientes con alguna neoplásia maligna a la consulta odontológica solo el 4% asistió a las consultas odontológicas y el 96% manifiesta no haber asistido a dicha consulta luego de ser diagnosticado de su enfermedad.

**Cuadro N°4**

**Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con la aplicación de tratamientos preventivos orales como flúor y sellantes, en pacientes diagnosticados con alguna neoplasia maligna que reciben terapia oncológica en el último trimestre del 2004 en la Clínica La Isabelica**

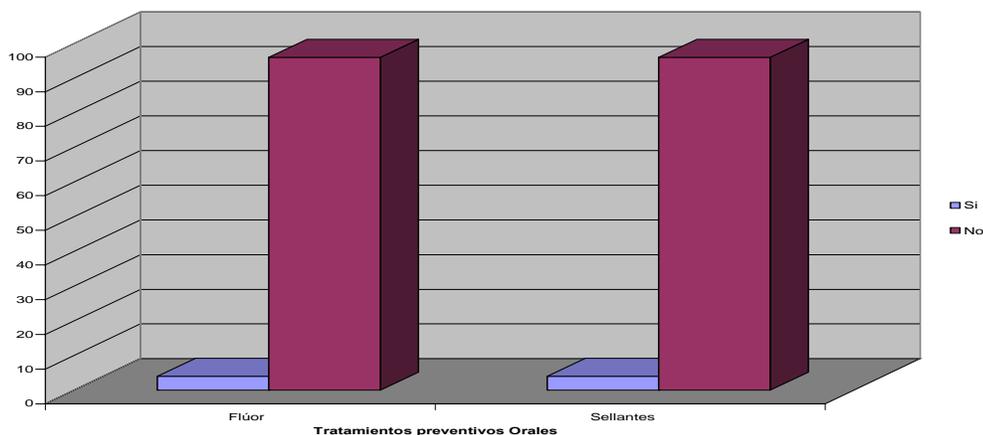
**Dimensión. Experiencia odontológica de pacientes**

**Indicador. Tipo de tratamiento odontológico preventivo**

**Ítems. 3 y 4 del instrumento para los pacientes**

Tratamiento preventivo	Si	%	NO	%	Total
<b>Flúor</b>	1	4	24	96	25
<b>Sellante</b>	1	4	24	96	25

Fuente: Molina y Milano 2004.



**Gráfico N° 4**

**Aplicación de Flúor y sellantes en pacientes que reciben terapia antineoplásica**

**Fuente Molina y Milano 2004**

**Análisis e interpretación:** Como resultado de las encuestas efectuadas a los pacientes de tratamiento antineoplásico, tan solo un 4% de ellos manifestó haber recibido tratamientos preventivos de flúor y sellantes, durante las visitas al odontólogo, frente a un 96% que no las recibió.

**Cuadro N° 5**

Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con la opinión de los pacientes diagnosticados con alguna neoplasia maligna que reciben terapia oncológica en el último trimestre del 2004 en la Clínica la Isabelica, en cuanto a la aptitud preventiva de su odontólogo tratante.

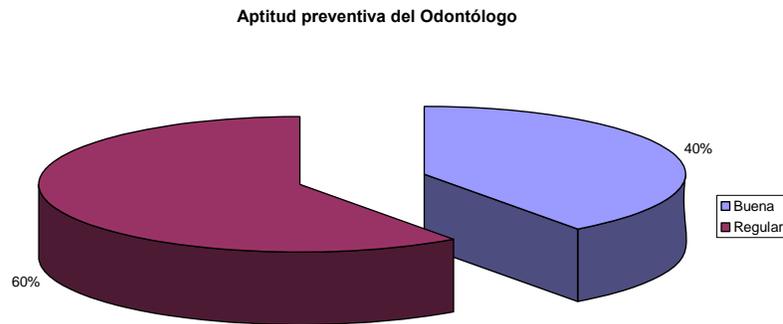
**Dimensión. Experiencia odontológica de pacientes**

**Indicador. Opinión acerca de la actitud del odontólogo**

**Ítems. 5 del instrumento para los pacientes**

	Buena	%	Regular	%	Total
<b>Actitud preventiva del Odontólogo</b>	10	40	15	60	25

Fuente: Molina y Milano 2004



**Gráfico N° 5**

**Diagrama circular referente a la opinión de los pacientes acerca de la actitud preventiva de su Odontólogo**

Fuente Molina y Milano 2004

**Análisis e interpretación:** En general un 40% de los pacientes atendidos, percibio una buena actitud preventiva por parte de su odontólogo tratante, y el 60% percibe una actitud preventiva regular.

En relación al objetivo específico que expresa. Evaluar si actualmente en las consultas odontológicas privadas, se esta aplicando en sus diferentes etapas tratamientos preventivos a personas con neoplasias malignas, arrojó los siguientes resultados

**Cuadro N° 6**

**Distribución de frecuencia y porcentaje relacionadas con la etapa del tratamiento anti-neoplásico en el que el odontólogo aplica el protocolo de tratamiento oral**

## Dimensión. Protocolo de tratamiento preventivo oral

### Indicador. Etapas del tratamiento antineoplásico

#### Ítems. 4 del instrumento para los odontólogos

	Antes	%	Durante	%	Después	%	Todas las anteriores	%	Total
Aplicación de tratamientos preventivos orales	6	28.57	2	9.52	3	14.28	10	47.6	21

Fuente Molina y Milano 2004

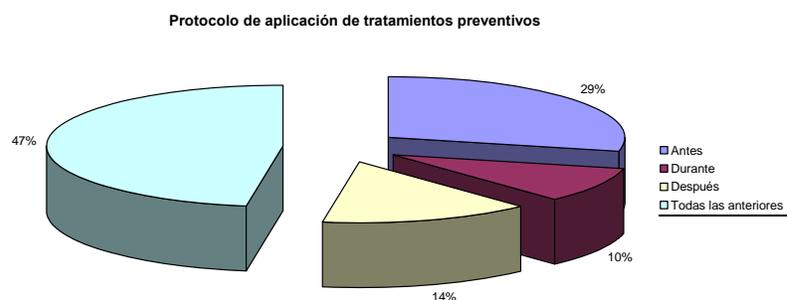


Gráfico N° 6

#### Diagrama circular acerca de etapas del tratamiento antineoplásico en las que se aplica tratamientos preventivos orales

Fuente Molina y Milano 2004

**Análisis e interpretación:** En el universo de odontólogos entrevistados, el 48% manifiesta aplicar los tratamientos preventivos a lo largo de todas las etapas de la terapia antineoplásica de los pacientes, un 28% las aplica antes, un 20% las aplica durante, y un 14% las aplica después.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos de esta investigación permiten evidenciar un conjunto de conclusiones con respecto a la modalidad de tratamiento preventivo oral

predominante en las consultas privadas de Odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo para los pacientes sometidos a terapias antineoplásicas, para lograr dicho fin se plantearon objetivos específicos, entre los que figura principalmente la identificación de los tratamientos odontológicos preventivos para aminorar patologías buco-dentales en pacientes sometidos a terapia antineoplásica, por lo cual se realizó una revisión bibliográfica para conocer cuales eran los parámetros que se debía seguir con este tipo de paciente y se determinó que debe existir una buena comunicación entre el equipo de salud, para poder establecer un plan de atención oral integrado que elimine o estabilice la enfermedad oral, ya que de otra forma se podría producir complicaciones durante la terapia antineoplásica o después de ella; debido a la alta vulnerabilidad de dichos pacientes. Entre las indicaciones que debe proporcionar el odontólogo a pacientes que serán sometidos a terapia antineoplásica se tiene:

- 1.- Se debe establecer un programa de higiene oral sistemático.
- 2.- Se debe evitar o aminorar el trauma inducido por prótesis dentales removibles.
- 3.- Retirar los aparatos ortodónticos u ortopédicos.
- 4.- Utilización de ungüentos y cremas para evitar resequedad de labios.
- 5.- Sanear cualquier patología buco-dental.
- 6.- Instruir un buen plan dietético.

En este sentido, las intervenciones específicas del odontólogo en el tratamiento de secuelas de la terapia oncogénica se dirigen a: lesiones de las mucosas, caries dental y enfermedad endodóntica, enfermedad periodontal, prótesis mal ajustadas, dispositivos ortodónticos, disfunción temporomandibular y anormalidades de glándulas salivales.

Todos los tratamientos antes citados se encuentran distribuidos en protocolo los cuales están organizados en función de dos ejes, que son: nivel de vulnerabilidad (factores de riesgo) en donde se toma al paciente sano y al paciente con alta vulnerabilidad en los cuales se aplican tratamientos que difieren según la extensión y distribución de patologías en la cavidad bucal, y el segundo eje es el momento en que se realiza la intervención en donde está la fase de atención y la fase de mantenimiento. En la primera fase se inactiva la progresión de la enfermedad y se

restaura la salud bucal y en la fase de mantenimiento se busca conservar el estado de salud por un tiempo prolongado. En dichos protocolos se enfatizan procedimientos de instrucción de higiene oral, dieta balanceada y aplicación de fluoruros con el fin de establecer prevención primaria en pacientes tanto de baja vulnerabilidad así como también a los pacientes de alta, incluyendo en estas restauraciones preventivas y convencionales.

La fase de atención debe realizarse antes y durante la aplicación de la terapia antineoplásica, y posterior a ella se debe realizar la fase de mantenimiento.

Conociendo ya esto, se indagó si los Odontólogos estudiados habían atendido a pacientes que padecieran alguna neoplásia maligna, así como también la aplicación de tratamientos preventivos orales a dichos tratamientos, y se encontró con que, más de la mitad de los encuestados específicamente 61,76% habían tratado a pacientes con esta condición en sus consultas privadas, y a su vez los resultados establecen que estos profesionales de la odontología tienen el debido conocimiento y aplican en un alto porcentaje (80,95%), los tratamientos preventivos con responsabilidad, preocupados por ayudar, orientar, tratar y mantener una buena salud oral a dichos pacientes.

En este sentido, se encontró en cuanto a la modalidad de tratamiento preventivo oral que se aplica actualmente a pacientes que son sometidos a terapia antineoplásica por parte de Odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, que la tendencia se inclina más a la prevención primaria y secundaria es decir, la realización de todos aquellos procedimientos que contribuyen a mantener el estado de salud, la adopción de medidas para prevenir determinadas enfermedades y la aplicación de tratamiento odontológicos durante las etapas iniciales de las patologías para detenerlas y evitar su avance.

Por otra parte, luego de examinar la experiencia odontológica de pacientes que han sido diagnosticados con alguna neoplasia maligna se pudo apreciar que en la muestra seleccionada, prevaleció la poca o nula asistencia a las consultas odontológicas privadas y, por consiguiente la no aplicación de los tratamientos preventivos requeridos para estos pacientes.

También se observó que un alto porcentaje de los pacientes encuestados expresan como regular la actitud de los odontólogos, situación que se presenta por la falta de conocimiento a cerca de los distintos tipos de protocolo de tratamientos preventivos, los cuales aumentarían su calidad de vida, lo cual acarrea la inasistencia de estos pacientes a las consultas odontológicas.

Correspondiendo con el último objetivo de esta investigación, se evaluó en que etapa del tratamiento antineoplásico se aplica los tratamientos odontológicos preventivos, y los resultados obtenidos demuestran que 47,6% de los Odontólogos estudiados aplica en forma efectiva los tratamientos odontológicos, ya que consideran que se deben aplicar en todas las etapas: Antes, duran y después del tratamiento antineoplásico, mientras que el resto aplica tratamiento odontológico solo en una de estas etapas, lo cual no concuerda con los protocolos establecidos actualmente.

Como conclusión general se establece, que los docentes de la Facultad de Odontología presentan el debido conocimiento, la disposición y la actitud, para la aplicación de los protocolos de tratamientos preventivos, a todos los pacientes que asisten a sus consultas privadas. Pero la falta de promoción motivación e información hacia los pacientes que padecen de estas patologías, hacen que esta modalidad de tratamiento no sea debidamente aplicada.

## **RECOMENDACIONES**

De acuerdo a las conclusiones anteriormente expuestas, se proponen las siguientes recomendaciones:

- ❖ La Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo debe realizar jornadas de actualización obligatorias para los Odontólogos docentes, que estimulen a mejorar su nivel de conocimiento en el manejo de pacientes que reciben terapia antineoplásica, ya que nunca es suficiente en el proceso de aprendizaje, y menos en el campo de la Odontología, además siendo ellos

pilar de la formación de futuros Odontólogos es mucho más relevante que conozcan conceptos, técnicas nuevas y todos los avances que existen hasta el momento sobre todo en el campo de la prevención.

- ❖ En este sentido, se plantea realizar seminarios, foros, etc. Donde se expongan las últimas tendencias preventivas en cuanto a protocolos de tratamiento oral que se deben aplicar en pacientes sometidos a terapia oncológica, debido a su alta vulnerabilidad.
- ❖ Además se sugiere incluir en el pensum del pre-grado de la carrera de Odontología, dentro del área de patología una unidad donde se estudie todas las aquellas complicaciones de la terapia antineoplásica, el tratamiento de todas las lesiones producidas por dicha terapia, así como también como prevenirlas o aminorar el daño producido, para que de esta manera, por un lado se aumente el conocimiento de las patologías bucales, y por otro, no menos importante se despierte la aptitud preventiva en los futuros odontólogos con un basamento científico.
- ❖ Por otra parte, es importante realizar planes educativos, dirigidos a pacientes que sea diagnosticados de alguna neoplasia maligna, brindándole todo el apoyo que necesitan para afrontar el duro curso del tratamiento para combatir la enfermedad. El que manejen la información de las posibles complicaciones del tratamiento y de cuales son las medidas preventivas, ya es un paso importante, de esta manera podemos colaborar a llevar una mejor calidad de vida, aminorando las repercusiones orales negativas.
- ❖ Se deben realizar más investigaciones, y abrir el abanico de posibilidades o protocolos preventivos a seguir con éste tipo de pacientes con alta vulnerabilidad de padecer patologías buco-dentales, y así poder ofrecerle las herramientas que debe tomar para evitar complicaciones mayores.
- ❖ Es importante insistir en la interconsulta médico-odontólogo en función positiva para el paciente, son ellos personajes importantes dentro del proceso de curación del paciente, y por ello promover y mantener su

comunicación es vital para el curso del tratamiento y obtener un pronóstico satisfactorio para el paciente.

## BIBLIOGRAFIA

Ander-Egg (1982) **Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad**. México. Editorial El Ateneo, p.328.

Bader, Shugars (2003). **A pilot study of risk-based prevention in private practice**. **Journal of the American Dental Association**. [publicación en línea]. Carolina del Norte, USA. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Barrancos (2000). **Operatoria dental**. Argentina. Editorial. Panamericana, 3era edición.

Bartoshuk (1990). **Chemosensory alterations and cancer therapies**. New Haven USA NCI Monogr. Vol. 9 p.179-184 [publicación en línea]..

Beck. (1990). **Prevention and management of oral complications in the cancer patient**. Current Issues in Cancer Nursing Practice, [ folleto en línea ] Finlandia p. 27-38.. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Beilh, (1979) Epidemiología, economía, medicina y política. D.F. Mexico. 3era edición. Editorial Fontana.

Dose, (1995). **The symptom experience of mucositis, stomatitis, and xerostomia**. **Pubmed**. Rochester, USA. Edición N°11, [publicación en línea] p. 248-255. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

- Epstein, Chow (1999). **Oral complications associated with immunosuppression and cancer therapies.** Vancouver, Canada. Infect Disease Clinical North Am 13 (4). p 901-923,. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Epstein, Freilich, Le.(1993). **Risk factors for oropharyngeal candidiasis in patients who receive radiation therapy for malignant conditions of the head and neck.** Canada. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology N° 76, [publicación en línea] p.169-174. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Goetz, (1988). **Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa.** Madrid. Ediciones Morata, S.A.
- Hernández, (1998) **Metodología de la investigación.** Mexico. Editorial McGraw-Hill.
- León, Montero (1993). **Diseño de investigaciones,** Madrid. Editorial Mc Graw Hill.
- LeVeque, Montgomery, Potter, (1993). **A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-titration study of oral pilocarpine for treatment of radiation-induced xerostomia in head and neck cancer patients.** Detroit, USA. Journal Clinical Oncology 11 (6): 1124-31,. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Luglie, Mura, Mura, Angius, Soru, Farris.( 2002) **Prevention of periodontopathy and oral mucositis during antineoplastic chemotherapy.** Sassari, Italia. Clinical study. Minerva Stomatology (6) [revista en línea] p:231,. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Mattsson, Arvidson, Heimdahl, (1992). **Alterations in taste acuity associated with allogeneic bone marrow transplantation.** Suiza. Journal oral pathology & medicine, 21(1) p. 33-37. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

McDonald, Sheiham. (1994) **A clinical comparison of non-traumatic methods of treating dental caries.** Londres, Inglaterra. International dental Journal. [revista en línea] p. 465-470, Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Mendez, Carlos (1988) **Metodología. Guía para elaborar diseños de investigación,** Colombia. Editorial McGraw-Hill.

Murray, Steele. (2003) **30 years of preventive dentistry-and 30 years into the future.** Newcastle, Inglaterra. Dent Update. 2003 Nov;30(9) p:478-486, Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Myers, Marx. (1990). **Use of hyperbaric oxygen in postradiation head and neck surgery.** Baltimore, USA. NCI Monogr (9) [revista en línea] p. 151-157, Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Nacional Cancer Institute.(2004) U.S Nacional Institutes of health. [publicaciones en línea]. Disponible en: [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov)

Nelson, (1998). **Biology of taste buds and the clinical problem of taste loss.** Colorado, USA. Anatomy Rec. 253, [publicación en línea] p. 70-78. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Ostle, (1983). **Estadística Aplicada,** Mexico. Editorial Limusa, p. 629.

Peterson (1988). **Pretreatment strategies for infection prevention in chemotherapy patients.** NCI Monogr (9), p. 61-71. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Raber, Epstein. (2002). **Periodontal infection in cancer patients treated with high-dose chemotherapy.** Ámsterdam, Netherlands. [Reseña en línea]. Supportive Care in Cancer, p. 466-473. The. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Rocke (1993). **A randomized clinical trial of two different durations of oral cryotherapy for prevention of 5-fluorouracil-related stomatitis.** [Reseña en línea]. Peoria, Arizona, USA. Cancer Oct 1;72(7) p.2234-2238. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Schubert, Peterson, Lloid. (1999). **Oral Complications. In: Hematopoietic Cell Transplant blackwell scientific publishers.** Malden, MA. pp 751 – 763.

Shafer, (1986). **Tratado de Patología Bucal.** Mexico. Editorial Interamericana.

Silverman (2003). **Complications of treatment.** Hamilton, Canada. In ed.: Oral Cancer BC Decker Inc. 5th ed. p. 113-128. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Smets, Visser (1998). **Understanding the level of fatigue in cancer patients undergoing radiotherapy.** Ámsterdam. Journal of Psychosomatic Research, Volume 45, Issue 3, p. 277-293. [publicación en línea]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Sánchez, Reyes (1996). **Métodos de investigación científica,** Lima.

Sonis S, Kunz A. **Impact of improved dental services on the frequency of oral complications of cancer therapy for patients with non-head-and-neck malignancies.** Boston, USA. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology. Vol 65(1) p.19-22. [publicación en línea]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Zheng, Inokuchi, Yamamoto. (2002). **Taste dysfunction in irradiated patients with head and neck cancer.** Japon. Fukuoka Igaku Zasshi. 2002 Apr;93(4) p.64-76. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Zorrilla (1993). **La Tesis.** Mexico. Editorial McGraw-Hill.

## **Anexos**

**Tabla N° 1: Protocolos clínicos preventivos**

		Fase de Atención	Fase de Mantenimiento
Sanos	Tareas en el consultorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Intrusión de higiene oral.</li> <li>-Asesoría dietética.</li> <li>-Aplicación de fluoruros tópicos.</li> <li>-Aplicación de selladores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Refuerzo de la enseñanza de higiene oral.</li> <li>-Refuerzo de la asesoría dietética.</li> <li>-Aplicación de fluoruros tópicos.</li> </ul>
	Indicaciones para el paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Higiene bucal con pastas con fluoruros o enjuagues fluorados.</li> <li>-Cita semestral.</li> <li>-Ingesta de fluoruros según la edad y la concentración en el agua o en la sal.</li> </ul>	
Protocolo 1 Alta Vulnerabilidad	Tareas en el consultorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enseñanza de higiene oral.</li> <li>-Inactivación de caries.</li> <li>-Asesoría dietética.</li> <li>-Aplicación de fluoruros tópicos.</li> <li>-Aplicación de selladores.</li> <li>-Restauraciones preventivas y convencionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Control de la remineralización o detención de la lesión</li> <li>Refuerzo de la enseñanza de higiene oral.</li> <li>-Refuerzo de la asesoría dietética.</li> <li>-Aplicación de fluoruros tópicos.</li> </ul>
	Indicaciones para el paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Higiene bucal con pastas con fluoruros o enjuagues fluorados.</li> <li>-Cita trimestral.</li> <li>-Control del uso de goma de mascar con xilitol.</li> <li>-Ingesta de fluoruros según la edad y la concentración en el agua o en la sal.</li> </ul>	

### 1.1 Protocolos preventivos orales, para pacientes sometidos a Oncoterapia

Protocolo 2 Alta Vulnerabilidad	Tareas en el consultorio	-Todas las anteriores + -Diagnóstico de saliva, indicación del régimen antiséptico. -Aplicación de barniz de clorhexidina concentrada (1 o 10%)	Refuerzo de los tratamientos anteriores
	Indicaciones para el paciente	-Higiene bucal con pastas con fluoruros o enjuagues fluorados. -Cita trimestral o semestral. -Ingesta de fluoruros según la edad y la concentración en el agua o en la sal.	

Etapa del tratamiento antineoplásico	Tratamiento Odontológico Preventivo
Pre- terapia antineoplásica	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Anamnesis minuciosa, historial completo.</li> <li>* Análisis Radiográfico (Panorámica, Periapical)</li> <li>* Clasificación del estado oral del paciente = Valorar pronóstico</li> <li>* Explicarle al paciente todas las posibles complicaciones y elaborar un plan de higiene oral, instruir para un consumo nutritivo apropiado</li> <li>* Las exodoncias deben limitarse a dientes no recuperables con patologías pulpares, periodontales u oclusales, dientes semi-impactados. Deben realizarse en un mínimo de 15 a 20 días antes de comenzar la radioterapia.</li> <li>* Tartrectomias, raspado y alisado radicular. Detener enfermedad periodontal.</li> <li>* Eliminar infecciones endodónticas, obturar y restaurar.</li> <li>* Aplicaciones tópicas de flúor en cubetas individuales</li> </ul>
Durante la terapia antineoplásica	<ul style="list-style-type: none"> <li>* La atención debe estar enfocada a la motivación del paciente</li> <li>* Control de placa bacteriano</li> <li>* Promocionar y estimular en el paciente a mantener una correcta higiene oral y una buena técnica de cepillado.</li> <li>* Aplicación de Fluoruros</li> <li>* Uso de colutorios o de enjuagues bucales, evitando los excipientes alcohólicos especialmente en la mucosa</li> </ul>
Post- terapia antineoplásica	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Motivación del paciente para mantener una correcta higiene oral</li> <li>* Control de la mucositis               <ul style="list-style-type: none"> <li>Evitando irritantes locales</li> <li>Dieta blanda</li> <li>Uso de soluciones anestésicas o analgésicos.</li> </ul> </li> <li>* Control de la sobre- infección de candidiasis               <ul style="list-style-type: none"> <li>Sialometría Cuantitativa</li> </ul> </li> </ul>

	<p>* Control de la xerostomía      Aumento de la ingesta de líquido          Uso de medicamentos como pilocarpina          y/o sustitutos salivales</p> <p>* Prevención de caries post-radiación, tonificaciones de flúor, motivando a una buena higiene oral con cepillos suaves y el uso del hilo dental</p> <p>* Tratamiento del trismo por medio de mecanoterapia, que de realizarse desde el 1er momento de la post-irradiación para evitar que se anquilosen los músculos masticadores.</p> <p>* Para la prevención de la osteonecrosis, se debe evitar el uso de prótesis removible durante 1 año, así como también evitar realizar exodoncias, a menos que sea un foco de infección dental o que la UD se ubicaba en la zona del carcinoma</p> <p>* Utilizar complementos de sulfato de zinc (220mg) para mejorar las alteraciones del gusto</p>
--	--

<b>Niveles de Prevención de Leavell &amp; Clark</b>				
<b>PERIODO PRELATORIO</b>		<b>PERIODO PATOLÓGICO</b>		<b>PERIODO POST-PATOLÓGICO</b>
<b>PREVENCIÓN PRIMARIA</b>		<b>PREVENCIÓN SECUNDARIA</b>		<b>PREVENCIÓN TERCERA</b>
FASE INESPECÍFICA	FASE ESPECÍFICA	FASE PRECOZ	FASE AVANZADA	FASE DE SECUELAS
Promoción De Salud	Prevención específica	Diagnóstico Precoz y Tratamiento Oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
- Motivación, educación e instrucción de una correcta higiene oral, una buena técnica de cepillado y una dieta balanceada.	- Sellantes - Topificación de flúor.	- Cirugías Simples - Tartrectomias Simples - Operatorias Simples y complejas	- Cirugías Complejas. - Tartrectomias Complejas - Endodoncias	- Prótesis. - Ortopedia - Ortodoncia

Tabla N° 3: Complicaciones orales de la quimioterapia oncológica		
Complicación	quimioterapia	
	Factores de riesgo directo	Factores de riesgo indirecto
Mucositis oral	Citotoxicidad de la mucosa	Inmunidad local/sistémica reducida:
Hemorragia	Mucositis oral Trauma físico o químico	infecciones locales, reactivación del HSV Trombocitopenia
Infecciones orales:	Trauma físico	Reducción de factores coagulantes (p. ej., CID)
Virales	Infecciones (por ejemplo, VHS)	Inmunidad sistémica reducida
Micóticas		Inmunidad sistémica reducida
		Disfunción de las glándulas salivales
		Alteración de la flora bucal (reducción de la flora bacteriana)
Bacterianas	Higiene oral inadecuada	Inmunidad sistémica reducida
	Colapso de la mucosa	Disfunción de las glándulas salivales
	Patógenos adquiridos	
Disfunción del sentido del gusto	Toxicidad de los receptores del gusto	
Xerostomía	Toxicidad de las glándulas salivales	Fármacos anticolinérgicos
Neuropatías	Consumo de fármacos de vinca alcaloide; toxicidad de medicamentos específicos	Anemia, hipersensibilidad dental, disfunción temporomandibular/dolor miofacial
Crecimiento y desarrollo dental y esquelético (pacientes pediátricos)	Toxicidad específica de los medicamentos	Etapas de maduración dental y esquelética



**Tabla N° 4: Pautas para el manejo de procedimientos dentales invasores**

Estado médico	Pauta	Comentarios
Pacientes con líneas de acceso venosas implantadas (p. ej., Hickman).	Recomendaciones antibióticas profilácticas de la Asociación Cardíaca Estadounidense (riesgo bajo).	No existe prueba científica positiva que detalle el riesgo de infección de estas líneas después de procedimientos dentales. Esta es una recomendación empírica.
Neutrófilos		Hacer una hematimetría completa y diferencial.
> 2000/mm <sup>3</sup>	Antibióticos no profilácticos.	
1000-2000/mm <sup>3</sup>	Recomendaciones antibióticas profilácticas de la Asociación Cardíaca Estadounidense (riesgo bajo).	El juicio clínico es crítico. Si hay infección presente o no se sabe si hay infección, se indica una terapia antibiótica más agresiva.
< 1000/mm <sup>3</sup>	150 mg/m <sup>2</sup> de ampicilina antes de la cirugía, 75 mg/kg de ticarcilina IV 1/2 hora antes de la operación. Repítanse ambas, 6 horas después de la operación.	Si se sabe o se sospecha que hay organismos, ajustar debidamente según sensibilidades.
Plaquetas*		Hacer un hemograma de plaquetas y examen de coagulación.
> 75.000/mm <sup>3</sup>	No se necesita apoyo adicional.	
40.000 - 75.000/mm <sup>3</sup>	Transfusión de plaquetas optativa; considere su administración preoperatoria y 24 horas después. Transfusión adicional basándose en el curso clínico.	Técnicas para fomentar el establecimiento y mantenimiento del control del sangrado (o sea, suturas, pesos para ejercer presión, reducir trauma al mínimo).
< 40.000/mm <sup>3</sup>	Transfusión de plaquetas una hora antes del procedimiento, obtener hemograma inmediato de plaquetas, transfusión con regularidad para mantener hemogramas superiores a 30-40.000/mm <sup>3</sup> hasta que comience a sanar.	Además de lo anterior, considere utilizar fármacos hemostáticos (p. ej., colágeno microfibrilar, trombina tópica). Observar sitios con cuidado.

Valencia, Diciembre de 2004

Universidad de Carabobo  
Facultad de Odontología  
Bárbula – Edo. Carabobo

Presente,

Nos dirigimos a usted con el fin de solicitarle su ayuda en el cumplimiento de los objetivos de la tesis titulada **“Modalidad de Tratamiento Preventivo Oral Predominante en las Consultas Odontológicas en Pacientes Sometidos a Terapias Anti-neoplásicas”**, que esta siendo llevada a cabo por las bachilleres Raquel Molina y Yossy Milano estudiantes de 5to año de la carrera de odontología, como requisito para obtener el grado de Odontólogo.

Para cumplir dicho fin, se diseñó un cuestionario orientado hacia los Odontólogos Docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo el cual anexamos y le pedimos que conteste lo más sincero y objetivamente posible. Dicho instrumento contiene preguntas acerca del protocolo de tratamiento preventivo oral que sigue usted en su consulta privada para paciente que reciben terapia anti-oncogénica (quimioterapia y radioterapia).

Agradeciendo de ante mano su colaboración

Atentamente

Yossy Milano  
CI. 13.444.909

Raquel Molina  
CI. 16.401.739

**El siguiente cuestionario será utilizado para conocer la situación actual de la aplicación de tratamientos preventivos orales en pacientes que reciben terapia antineoplásica por parte de los Odontólogos de consulta privada:**

1.- Se le han presentado casos de paciente que son sometidos a terapia oncológica

Si:\_\_\_\_\_ No:\_\_\_\_\_ No recuerdo:\_\_\_\_\_

2. Aplica usted tratamientos preventivos en su consultorio a pacientes que reciben terapia antineoplásica

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ No lo sé\_\_\_\_\_

3.- Señale la modalidad de tratamiento preventivo que aplica actualmente en su consultorio a dichos pacientes:

3.1 Aplicación de flúor:

Si, a todos\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Solo a niños\_\_\_\_\_

3.2 Cavidades preventivas:

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Depende de la lesión\_\_\_\_\_

3.3 Control de Rx como parte de la historia clínica:

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Solo con algunos pacientes\_\_\_\_\_

3.4 Control de placa:

Si, a todos \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Solo a los pacientes que presentan mala higiene\_\_\_\_\_

3.5 Sellantes:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Solo si presenta surcos profundos \_\_\_\_\_

3.6 Educación motivación e instrucción del paciente:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Solo con algunos pacientes \_\_\_\_\_

3.7 Profilaxis en todas las citas:

Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Solo en la última cita \_\_\_\_\_

3.8 Desactivación de todos los procesos cariosos:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ C. incipientes remineralizó con flúor \_\_\_\_\_

3.9 Rx post-tratamiento:

Siempre \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_

4.- En que etapa del tratamiento anti-neoplásico aplica el tratamiento preventivo oral

-Antes del tratamiento: \_\_\_\_\_

-Durante en tratamiento: \_\_\_\_\_

-Después del Tratamiento: \_\_\_\_\_

-En todas las anteriores: \_\_\_\_\_

5.- ¿Qué tipo de tratamiento buco dental demandan con mayor frecuencia y necesitan los pacientes que son sometidos a oncoterapia?

- T. endododónico: \_\_\_\_\_

- T. Quirúrgico: \_\_\_\_\_

- T. Operatorio: \_\_\_\_\_

- T. Preventivo: \_\_\_\_\_

- El mismo de cualquier otro paciente: \_\_\_\_\_

**Cuestionario aplicado a los pacientes, con el fin de determinar la experiencia individual que han tenido en cuanto a la atención odontológica preventiva**

1.- Ha asistido a consulta odontológica privada luego de haber sido diagnosticado su enfermedad

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

2.- Se le ha aplicado tratamientos preventivos orales durante el periodo de tratamiento contra su enfermedad

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

3.- Se le han realizado topificaciones de flúor en consultas odontológicas privadas

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

4.- Se le han realizado sellantes en consultas odontológicas privadas

Si\_\_\_

No\_\_\_

5.- ¿Cómo catalogaría la actitud preventiva de su odontólogo, según su propia experiencia?

Eficiente:\_\_\_\_\_

Deficiente:\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

**Prueba Piloto para confiabilidad del instrumento aplicado a Odontólogos docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, que tienen consulta privada**

Odo1	Odo2	Odo3	Odo4	Odo5	Odo6	Odo7	Odo8	Odo9	Odo10
3	1	3	1	3	3	3	3	3	1
3	1	3	1	3	1	1	3	3	0
3	2	3	0	2	3	3	2	2	0
3	0	2	0	2	3	3	2	2	0
3	0	2	0	1	3	0	2	3	0
3	0	3	0	3	3	0	3	2	0
3	0	2	0	1	2	0	3	1	0
3	0	3	0	3	3	3	3	3	0
3	0	0	0	3	3	0	0	2	0
3	0	3	0	3	3	0	3	3	0
2	0	2	0	2	2	0	1	2	0

4	0	2	0	3	3	0	2	4	0
3	0	1	0	3	3	0	3	2	0

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA  
A)

1.	ODO1
2.	ODO2
3.	ODO3
4.	ODO4
5.	ODO5
6.	ODO6
7.	ODO7
8.	ODO8
9.	ODO9
10.	ODO10

Reliability Coefficients

N of Cases = 13,0

N of Items = 10

Alpha = ,6774

El coeficiente de alpha de cronbach es 0.6774, dando como resultado una confiabilidad de 67 %.

**Prueba piloto para la confiabilidad del instrumento  
aplicado a pacientes sometidos a terapia antineoplásica**

Item	Sujetos										p	q	$\sum p \cdot q$
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1era Pregunta	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0,1	0,9	0,09
2da pregunta	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0,1	0,9	0,09
3era pregunta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
4ta pregunta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
5ta pregunta	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0,4	0,6	0,24
<b>Suma</b>	1	0	0	0	3	1	0	0	0	1	<b>sumatoria</b>		0,42

**Varianza** 0,93333

**Kuder** 0,6875



*UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA  
DPTO. FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE  
ASIGNATURA: INFORME DE INVESTIGACIÓN*

### **FORMATO PARA VALIDAR INSTRUMENTOS A TRAVES DE JUICIOS DE EXPERTOS**

*A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento, en cuanto a critico, pertinencia, coherencia y claridad. Para ello, se presenta una escala de cuatro alternativas para que usted seleccione la que considere correcta.*

*Experto:* \_\_\_\_\_

—

*Especialidad:* \_\_\_\_\_

—

Escala:    **A** (Muy Bueno)    **B** (Bueno)    **C** (Regular)    **D** (Deficiente)

<b>ITEMS</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>PERTINENCIA</b>	<b>COHERENCIA</b>	<b>CLARIDAD</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				

7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

*JUICIO DEL EXPERTO*

❖ *El instrumento es pertinente según los objetivos planteados: \_\_\_\_\_*

---

---

---

---

❖ *Los ítems están claramente definidos según las variables descritas en el estudio:*\_\_\_\_\_

---

---

---

---

❖ *Observaciones generales:*\_\_\_\_\_

---

---

---

---

❖ *Según su criterio el instrumento se considera:*

---

---

---

---