



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

TEMA:

**“Protocolo de Manejo Odontológico en pacientes con
Quimioterapia”**

AUTOR:

Gustavo Alfredo Samaniego Valle

TUTORA:

Dra. Glenda Vaca Coronel

Guayaquil, Julio 2014

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de los tutores del trabajo de titulación:

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de titulación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontólogo.

El trabajo de titulación se refiere a:

“Protocolo de Manejo Odontológico en Pacientes con Quimioterapia”

Presentado por:

Gustavo Alfredo Samaniego Valle

Cédula # 0930274725

TUTORES:

Dra. Glenda Vaca Coronel

Dra. Elisa Llanos Rodríguez M.Sc

TUTOR CIENTÍFICO

TUTOR METODOLÓGICO

Dr. Miguel Álvarez Avilés M.Sc

DECANO (e)

Guayaquil, Julio 2014

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual del odontólogo:

Gustavo Alfredo Samaniego Valle

0930274725

AGRADECIMIENTO

Un infinito agradecimiento a Dios, por guiarme e iluminar mi camino, por su apoyo absoluto cuando me encontraba ante dificultades. Mi agradecimiento eterno a mis padres, mis hermanos, y demás familiares que han sido siempre el motor de vida, sin ustedes nada de esto hubiera sido posible, agradezco su cariño por haberme formado con buenos hábitos y valores. Un agradecimiento especial a mi fiel compañera, por compartir estos años llenos de emociones, gracias por tu comprensión, paciencia, ayuda y dedicación, por haberme inspirado a ser mejor para ti, gracias por estar siempre a mi lado.

DEDICATORIA

Con todo mi cariño a mis padres, hermanos, quienes forman parte de este sueño, gracias por su motivación, sus consejos, su influencia en mi madurez y sabiduría, por formarme y prepararme para los retos de la vida con valores y principios, a ti madre, gracias por tus enseñanzas, experiencias, por tu ayuda incondicional. A mis catedráticos quienes han sido un apoyo definitivo en mi formación profesional, y han sabido guiarme en el desarrollo de los modelos exitosos. Con todo mi afecto este sueño se los dedico a ustedes.

INDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁG
Carátula	I
Certificación de tutores	II
Autoría	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Indice General	VI
Índice de gráficos	IX
Resumen	X
Abstract	XI
Introducción	1
CAPITULO I	2
EL PROBLEMA	2
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Descripción del problema	2
1.3 Formulación del problema	2
1.4 Delimitación del problema	2
1.5 Preguntas de investigación	3
1.6 Objetivos de la investigación	3
1.6.1 Objetivo general	3
1.6.2 Objetivos específicos	3
1.7 Justificación de la investigación	4
1.8 Valoración crítica	5

INDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁG
CAPITULO II	6
MARCO TEORICO	6
2.1 antecedentes	6
2.2 Fundamentos teoricos.	9
2.2.1 Quimioterapia	9
2.2.2 Manifestaciones orales	11
2.2.2.1 Mucositis	11
2.2.2.2 Xerostomía	12
2.2.2.3 Infecciones	13
2.2.2.4 Hemorragia	14
2.2.3 Manejo odontológico	14
2.2.3.1 Etapa precitotóxica	14
2.2.3.2 Etapa citotóxica	15
2.2.3.3 Mucositis	15
2.2.3.4 Xerostomía	16
2.2.3.4.1 Medidas preventivas	17
2.2.3.4.2 Manejo de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal	18
2.2.3.4.3 Manejo protésico	19
2.3 Marco conceptual	20
2.4 Marco legal	20
2.5 Elaboración de hipótesis	22
2.6 Identificación de las variables	22
2.6.1 Variable independiente	22
2.6.2 Variable dependiente	22

INDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁG
2.7 Operacionalización de las variables	23
CAPITULO III	24
MARCO METODOLÓGICO	24
3.1 Nivel de investigación	24
3.2 Diseño de la investigación	26
3.3 Instrumentos de recolección de información	27
3.3.1 Talento humano	27
3.3.2 Recursos materiales	27
3.4 Fases metodológicas	27
3.5 Metodo de investigación	30
4. Conclusiones	31
5. Recomendaciones	32
Bibliografía	33
Anexos	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Contenido	Pág
FIGURA 1. Mucositis en labios	35
FIGURA 2. Mucositis en caras laterales	35
FIGURA 3. Mucositis en cara inferior de la lengua	36
FIGURA 4. Paciente con xerostomía	36

RESUMEN

Las quimioterapias son un tratamiento curativo que se lo aplica para el cáncer, sea este que haya afectado a cualquier órgano del cuerpo, generan manifestaciones bucales como efecto secundario, entre las que se presentan la mucositis que causa mayor disconformidad a los pacientes, hemorragias, xerostomía que es una de las manifestaciones más frecuentes en estos pacientes a la cual se la denomina boca seca por la disminución de secreción, en las cuales a todas estas manifestaciones propias de la quimioterapia hay que llevar un manejo odontológico favorable, y manejar de manera correcta la farmacopea al momento de prescribir algún fármaco, además de llevar un seguimiento con la historia clínica, para ello es importante que los Odontólogos adquiramos conocimientos científicos para atender a este tipo de pacientes. Nuestra prioridad es cuidar de la salud bucal del paciente, suprimiendo las dolencias que presentan los mismos. Como principal objetivo de esta investigación es que los odontólogos estemos preparados para atender a pacientes que presenten este tipo de dolencias y así evitar agravar su condición clínica, y en caso de ocurrir lo contrario, llevar un protocolo de manejo odontológico óptimo, y con un correcto uso de técnicas y fármacos eliminar sus manifestaciones bucales provocadas por el tratamiento antineoplásico, para conseguir respuestas que esclarecieran el problema se realizó investigaciones en libros referentes a oncología y bases de datos como la Biblioteca Virtual de la Salud, American Cancer Society. Como resultado lograremos satisfacción de los pacientes con el tratamiento realizado, y la dicha del odontólogo al haber realizado un buen trabajo.

PALABRAS CLAVES: CÁNCER - QUIMIOTERAPIA

ABSTRACT

Chemotherapies are a healing treatment that applies to cancer, is this that has affected every organ of the body, such as oral manifestations generate side effects, including mucositis occur causing more discomfort to patients, bleeding, xerostomia which is one of the most frequent manifestations in these patients which is called dry mouth by decreasing secretion, in which all these manifestations of chemotherapy own need to take a pro dental management, and properly handle the formulary when prescribing any drug, in addition to keeping track of the history, so it is important that dentists acquire scientific knowledge to care for these patients. Our priority is to take care of the oral health of the patient, eliminating the ailments that have the same. The main objective of this research is that dentists are prepared to care for patients with such ailments to avoid aggravating their clinical condition, and if the opposite happens, keep optimal dental management protocol, and proper use of techniques and drugs eliminate their oral manifestations caused by cancer treatment, to get answers to provide clarity about the problem research was conducted in oncology and books relating to databases such as the Virtual Health Library, American Cancer Society. As a result achieve patient satisfaction with the treatment performed, and the dentist said to have done a good job.

KEYWORDS: CANCER - CHEMOTHERAPY

INTRODUCCIÓN

La quimioterapia es uno de los tratamientos curativos que se administra a personas que tienen cáncer sea este en cualquier órgano. Los primeros fármacos antineoplásicos surgieron a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando se observó que el gas mostaza provocaba hipoplasia medular. Desde entonces se han ido incorporando diversos agentes citostáticos cuya acción tiene lugar en diferentes fases del ciclo reproductor celular.

El cáncer es una enfermedad que se presenta desde hace ya varios siglos atrás y uno de los primeros en denominarla así fue Hipócrates el cual ha aportado importantes conocimientos a la ciencia. En la actualidad según datos de la Organización Mundial de la Salud, más de 14 millones de personas padecen de cáncer, esto nos lleva a estudiar las medidas de prevención que debemos llevar a cabo la consulta odontológica.

La presente investigación cuenta con conocimientos científicos acerca de los efectos secundarios que muestran los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia. Estos pacientes con quimioterapia presentan manifestaciones bucales propias del tratamiento para el cáncer, con los conocimientos científicos podremos identificar las manifestaciones bucales y llevaremos medidas preventivas, he aquí la importancia de tener los conocimientos necesarios para atender a estos pacientes.

Esta investigación tiene como propósito establecer un protocolo de manejo odontológico en pacientes con quimioterapia.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los problemas es no llevar un adecuado manejo odontológico en pacientes que llevan a cabo un tratamiento con quimioterapia. En nuestra consulta nos encontramos con pacientes realizándose distintitos tipos de tratamientos que tiene repercusión en la cavidad bucal, entre ellos las quimioterapias, estos presentan lesiones bucales típicas que conllevan a un deterioro inmunológico y sistémico, las mismas que pudieran ser detectadas y tratadas a tiempo para poder enfrentar una consecuente complicación.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En la consulta odontológica por lo general a todo paciente que llega se lo trata como un paciente más, sin identificar si este presenta alguna patología o si se realiza algún tipo de tratamiento médico, nos dedicamos a llenar historias clínicas básicas que nos brindan información limitada, prescribimos medicación sin considerar el estado del paciente, de este modo ponemos en riesgo la integridad del mismo.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo afecta el deficientemente manejo odontológico en pacientes con quimioterapia?

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Tema: Protocolo de Manejo Odontológico en pacientes con Quimioterapia.

Objeto de estudio: Manejo Odontológico.

Campo de acción: Quimioterapia.

Área: Pregrado.

Periodo: 2013-2014

1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué es la quimioterapia?

¿Cómo reconocer las lesiones más frecuentes en cavidad bucal que se presenten en un paciente que se realiza quimioterapia?

¿Cómo diagnosticamos con eficacia cada una de las patologías que manifiesta la quimioterapia?

¿Cómo tratamos de forma oportuna las lesiones bucales de los pacientes que se realizan quimioterapia?

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Crear un protocolo de manejo odontológico adecuado para pacientes que se realizan quimioterapia.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las principales características orales que se presentan en los pacientes que se realizan quimioterapia.

Definir, mediante el diagnóstico, un correcto manejo en el tratamiento a seguir.

Aplicar, un protocolo clínico odontológico útil para el diagnóstico y tratamiento de las distintas lesiones bucales en pacientes que se realizan quimioterapia.

1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La importancia de crear un protocolo de manejo odontológico a pacientes que llevan a cabo tratamiento con quimioterapia está dada para evitar declinar la condición clínica del paciente.

El paciente debe efectuar de manera rutinaria las acciones de higiene bucal, el uso apropiado de enjuague bucal, hilo dental y una correcta técnica de cepillado, llevar a cabo un constante control de placa bacteriana. Ya que la presencia de infecciones locales en cavidad oral podría afectar al organismo.

Principios: Sociales: En la actualidad vivimos un intenso transcurso de avance científico, tecnológico, social y cultural, y la comunicación que se refleja en estos momentos entre los países se ve expresado en acciones que tienden a agrupar mercados que conlleva al avance socio-económico y cultural en un inminente campo competitivo para el crecimiento y desarrollo.

La quimioterapia es un tratamiento oncológico que provoca manifestaciones bucales, las cuales debemos conocer para poder emplear un tratamiento adecuado para el paciente por medio de un diagnóstico diferencial; es nuestra responsabilidad para con nuestra sociedad estar preparados y capacitados correctamente para llevar un manejo odontológico óptimo.

Conveniencia: Esta investigación es conveniente ya que sirve como ayuda para el odontólogo en el momento de atender a un paciente con quimioterapia, ya que hay que tener mayor precaución y cuidado que en un paciente sano.

Relevancia Social: es relevante para la sociedad odontológica, auxiliares y pacientes mismos, ya que efectuando un buen trabajo los beneficiados serán los odontólogos, y los mismos pacientes ya que se eliminarán las enfermedades bucales que estos presentan.

1.8 VALORACIÓN CRÍTICA

Esta investigación se la considera relevante ya que del conocimiento de las manifestaciones que desencadenan los pacientes con quimioterapias, se podrá valorar el estado clínico y realizar acciones para prevenir las lesiones manifestantes.

Es evidente ya que presenta manifestaciones bucales claras producidas por el tratamiento quimioterapéutico.

Se la considera concreta porque esta investigación contiene información detallada de las manifestaciones bucales que presenta el paciente con quimioterapia y buscar una solución ante el problema.

Es original porque no se encuentra un trabajo igual en la Facultad Piloto de Odontología.

Además es factible porque le da al paciente la posibilidad de solución a las alteraciones provocadas por el tratamiento quimioterapéutico.

Identifica los productos esperados porque le da al paciente con quimioterapia soluciones alternativas sobre las manifestaciones bucales producidas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Una vez revisados los archivos de la biblioteca de la facultad de odontología no existe tema similar al de la propuesta. Antes de exponer que es la quimioterapia hay que explicar en qué enfermedad es que se aplica este tratamiento. El Cáncer se ha sabido a la humanidad desde épocas antiguas. La enfermedad fue llamada primero cáncer por el médico griego Hipócrates (460-370 A.C.) que recopiló un sinnúmero de descripciones referentes al cáncer de piel, mama, útero y órganos internos.

Galeno 131 a 203 años DC, fue fundador de la anatomía y patología experimentales, también considerada como origen del cáncer el resultado de la alteración del “neuma” compuesto de partes sólidas y de los cuatro líquidos a saber: sangre, bilis negra, bilis amarilla y moco, pero básicamente el incremento de la bilis negra, este aparecía en los sitios donde se acumulaba la bilis: cara, labios, mama, útero, etc. En la era romana del segundo siglo de nuestra era, realizó escisiones de tumores malignos, diferenciándolos de los benignos y concluyó también que a los tumores malignos era mejor no tratarlos.

En el Medioevo se documentara la descripción de la traqueotomía por Paul de Aegina en el siglo VI y el aforismo de William de Salicet en el siglo XIII que refiere “esta enfermedad no puede ser verdaderamente curada si no se efectúa la amputación de la parte afectada, incluyendo las venas y la raíz del tumor” principio que posteriormente fue aplicado como base de la cirugía oncológica. (Cevallos, 2006)

Durante el renacimiento Ambrosio Paré fue quien puso en práctica ese principio efectuando recesiones quirúrgicas de tumores, introduciendo el uso de ligaduras de los vasos, amputaciones de las extremidades y

recomendaba cirugía para el cáncer solo si podía extirparse totalmente. En 1553, Ingrassia recopila la descripción detalla de 287 tipos de tumores, y es el verdadero primer tratado de oncología y Marcus Aurelius Severino (1580-1656) aconsejó extirpar los ganglios axilares crecidos en el cáncer de mama.

En el siglo XVII continuaron con las aportaciones al conocimiento del cáncer gracias a Gaspare Aselli quien sugirió la existencia de anomalías en los ganglios linfáticos, que se extirpaban cuando estos estaban aumentado de tamaño en sitios cercanos al cáncer. Así Fabricius Hildanus extirpaba los ganglios crecidos en las operaciones de mama y Johann Scultetus efectuó mastectomías totales. El filósofo francés René Descartes elaboró su teoría de la linfa, que durante más de un siglo contó con numerosos seguidores.

En ese siglo, gracias al invento del microscopio por Johannes y Zacharias Jensen en 1590, se pudo investigar las estructuras y funciones de los órganos, ya que Leeuwenhoek produjo microscopios con aumento de 270 veces describiendo la célula por primera vez.(Cevallos, 2006)

A inicios del siglo XVIII Deshaies Gendron (1700) publicó su “Tratado de la naturaleza, conocimiento y cura del cáncer” y Bernardino Ramazzini (1701) en su obra “De morbisartificum” hace notar la alta frecuencia de cáncer de mama en las monjas, atribuyendo a su vida célibe la causa y de esa manera fue el primero en relacionar un cáncer con una ocupación de vida. Esta observación fue luego secundada por John Hill (1761) al encontrar mayor riesgo de cáncer entre los consumidores de tabaco.

En el siglo XIX fueron varios los descubrimientos, el desarrollo de microscopio más potentes hicieron posible el examen detallado de las células y de la actividad celular, así Johannes Muller en 1838 puso en evidencia que las células cancerosas eran marcadamente diferentes de las de los tejidos circunvecinos, poniendo énfasis en el origen de las células. (Cevallos, 2006)

El análisis cuidadoso de los datos estadísticos mostró a Domenico Rigeno-Stem que la frecuencia de cáncer aumenta con la edad, que es menos frecuente en los habitantes del campo que en los de la ciudad y que personas no casadas tenían mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad. Joseph Lister, introduce la antisepsia 1867, que rápidamente disminuye la tasa de mortalidad operatoria.(Cevallos, 2006)

Schwann en 1939 creo la doctrina de la estructura celular como principio universal y descubrió los núcleos y nucléolos celulares, así mismo J Muller observó que los diversos tipos de corrientes de cáncer se distinguían tan solo por las distintas proporciones y agrupaciones de las masas celulares y del estroma.(Cevallos, 2006)

A partir de la segunda guerra mundial y gracias al descubrimiento de los antibióticos, del adelanto de la anestesiología y a la posibilidad de utilizar grandes volúmenes de sangre y líquidos intravenosos, los procedimientos quirúrgicos mayores pudieron efectuarse con mayor probabilidad de éxito y aparecen descritas operaciones tales como la supermastectomía (Urban 1952), las excenteraciones pélvicas (Brunschwig 1947), la hemipelvectomía y la operación más radical que jamás se haya efectuado, la hemicorporectomía, llegando así al clímax de la radicalidad en el tratamiento quirúrgico del cáncer.(Cevallos, 2006)

En 1965, Lauren y Jarvi identificaron dos tipos histológicos principales, con características epidemiológicas clínicas: un tipo de cáncer gástrico intestinal que se desarrolla en la mucosa con metaplasia intestinal y otro Difuso, que se origina en la mucosa gástrica propiamente tal. El cáncer gástrico es el segundo cáncer más común en el mundo con 934000 casos nuevos por año en el 2002. Su incidencia varia en forma importante de un país a otro, entre los países con la tasa más alta se encuentra Chile, Japón, Costa Rica y Singapur.(Chile, 2010)

La quimioterapia significa el uso de cualquier medicamento para tratar cualquier enfermedad, para la mayoría de las personas se refiere al uso

de medicamento para el tratamiento del cáncer. El primer producto que se usó para la quimioterapia del cáncer no se usaba como medicamento. El gas mostaza se usó como arma química durante la Primera Guerra Mundial, y se estudió más a fondo durante la Segunda Guerra Mundial. Era una operación militar de la Segunda Guerra Mundial, varias personas quedaron expuestas accidentalmente al gas mostaza, y posteriormente se descubrió que tenían números muy bajos de glóbulos blancos.

Los médicos razonaron que algo que dañaba los glóbulos blancos, células de crecimiento rápido, podría tener efecto similar en el cáncer. Por lo tanto, en la década de los cuarenta, varios pacientes con linfomas avanzados (cánceres de ciertos tipos de glóbulos blancos) recibieron el medicamento por vía intravenosa, en lugar de respirar este gas irritante. Su mejora fue notable, aunque temporal.(Society, 2013)

Esta experiencia condujo a los investigadores a buscar otras sustancias que tuvieran efecto similar contra el cáncer. Y el resultado ha sido el desarrollo de muchos otros medicamentos.

2.2 FUNDAMENTOS TEORICOS.

2.2.1 QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia es el tratamiento del cáncer con un medicamento antineoplásico o una combinación de dichas drogas en un régimen de tratamiento estándar.

Los agentes de quimioterapia más comunes actúan destruyendo las células que se fraccionan rápidamente provocando esta enfermedad, una de las propiedades principales de la mayoría de las células de cáncer.

Los medicamentos quimioterapéuticos se pueden llevarse a cabo por vía oral o por medio de inyección. Debido a que los medicamentos viajan a través del torrente sanguíneo a todo el cuerpo, la quimioterapia se considera un tratamiento sistémico.

En las células el efecto de toxicidad se fundamenta y justifica el uso de ciertas sustancias tóxicas en la supresión de células que muestran independencia al control de la duplicación y crecimiento orgánico: neoplasias.

De manera genérica a estas sustancias se les conoce como citostáticos, entre los que se encuentran agentes alquilantes, antimetabolitos, antibióticos antitumorales y un grupo misceláneo de otros productos químicos, lo defectuoso es que el efectos de sustancias como metotrexato, acrimidilanisidida, dexorrubicina, zorubicina, antracenodiene, citarabina y otros citostáticos no son específicos sólo para células neoplásicas, sino que afectan a las células normales, éstas mostrarán sensibilidad de acuerdo a su índice de renovación.

De tal forma que entre mayor sea el índice de duplicación celular de una célula normal mayores serán los efectos sobre ella del fármaco citostático, planteado de otra forma, entre más frecuentemente sea expresada la participación del material genético y tejidos que por sus características funcionales requieren de una renovación constante, serán mayormente dañados que otros con índice de renovación menores o estables. Como en el caso de las células hematopoyéticas, las células de piel y mucosas, incluidas la oral y faríngea.(Castellano, 2002)

Los primeros fármacos antineoplásicos surgieron a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando se observó que el gas mostaza provocaba hipoplasia medular y de los ganglios linfáticos. Desde ese entonces se han ido incorporando diversos agentes citostáticos cuya labor tiene lugar en diferentes fases del ciclo reproductor celular. La mayoría funcionan de manera indiscriminada sobre las células de la capa basal del epitelio, alterando su capacidad de renovación. Por ello, es frecuente la aparición de efectos secundarios entre los que destacan: la mielosupresión, la mucositis, las náuseas y vómitos y la alopecia.

La afectación de la cavidad bucal, principalmente en forma de mucositis, es uno de los efectos secundarios más frecuentes de la quimiorradioterapia y uno de los que causa mayor disconformidad al paciente. Altera funciones fundamentales como la fonación, la alimentación y la deglución y además se acompaña de dolor. También son comunes la alteración del flujo salival, la sobreinfección de las lesiones orales y la posibilidad de hemorragias gingivales. Más tardíamente puede también aparecer trismus, osteorradionecrosis y disfagia.(Campillo, 2006)

2.2.2 MANIFESTACIONES ORALES

Es importante señalar que no todas las personas experimentan todos los efectos secundarios, ni en el mismo grado, incluso en un porcentaje de pacientes son leves o inexistentes. La prevención de los efectos secundarios, por medio de información y tratamientos de soporte logra minimizar su gravedad.

Los principales efectos secundarios bucales de la quimiorradioterapia se pueden agrupar en cuatro grandes apartados: mucositis, xerostomía, infecciones y hemorragia.

2.2.2.1 MUCOSITIS

La mucositis oral se conoce como aquella alteración que surge como complicación del tratamiento antineoplásico que puede aparecer durante y tras los tratamientos para el cáncer. La mucositis es una reacción inflamatoria que afecta a la mucosa de todo el tracto gastrointestinal, aunque suele adquirir un mayor protagonismo en el área orofaríngea. Su origen es consecuencia de los efectos citotóxicos de la quimioterapia y/o los efectos locales de la radiación sobre la mucosa oral y que se manifiesta como eritema o ulceraciones.(Dominguez, 2010)

Su etiopatogenia no está totalmente aclarada, aunque se han descrito una serie de factores de riesgo asociados a su aparición, relacionados

principalmente con el tipo de tratamiento oncológico y con factores individuales del paciente. Pautas de quimioterapia en las que intervengan ciclofosfamida, ara-C, melfalán, busulfán, 5-fluoracilo o metotrexate se asocian a una mayor incidencia de mucositis.

Clínicamente, la mucositis puede presentar diferentes grados de afectación, su inicio cursa con la sensación de quemazón en la cavidad bucal que progresivamente va tornándose eritematosa ocasionando una dificultad en la ingesta de alimentos; más tarde, cuando el grado de afectación sobre la mucosa oral aumenta puede llegar a impedir también la ingesta de líquidos.

En ocasiones, el síntoma que refiere el paciente es “sensación de lengua algodónosa” debido al efecto que produce la inflamación de la lengua al tomar contacto con los dientes. Cuando la mucositis es secundaria a quimioterapia, se localiza fundamentalmente en epitelio no queratinizado que son paladar blando, mucosa vestibular, cara interna de labios, cara ventral de la lengua y suelo de boca. (Campillo, 2006)

2.2.2.2 XEROSTOMÍA

La xerostomía es la manifestación clínica más común de las disfunciones salivales y consiste en una disminución de la secreción salival, denominada también boca seca, sialorrea o hiposalivación.

La xerostomía aunque no es considerada como una enfermedad, puede implicar la presencia de alteraciones relacionadas directamente con las glándulas salivales o ser el resultado de trastornos sistémicos. Entre las causas de la xerostomía podemos incluir el uso de medicamentos, terapias oncológicas pueden ser radioterapia o quimioterapia, terapia quirúrgica, alteraciones psicológicas, enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren y el lupus eritematoso sistémico, entre otras.

La quimioterapia puede también producir cambios en la salivación, la saliva total puede presentar modificaciones en su composición o

encontrarse ligeramente disminuida. Estas alteraciones son usualmente transitorias y menos severas que las producidas por la radioterapia, pero al combinarse al mismo tiempo estos dos tratamientos, los efectos son más pronunciados que cuando se realizan por separado.

Las drogas quimioterapéuticas afectan principalmente a las células de la mucosa, tanto a las sanas como a las alteradas, induciendo poca resistencia al trauma pudiéndose producir úlceras espontáneas, inflamación generalizada de los tejidos mucosos (mucositis), infecciones, hemorragias a nivel de las encías, lengua y labios, además de dolor que dificulta la ingesta de alimentos.

Precediendo a la sequedad bucal y a la mucositis, puede aparecer disgeusia y glosodinia debida a la afectación de las papilas linguales por la quimioterapia y por la desmielinización de las fibras nerviosas. Además, se han identificado algunos citostáticos en la saliva de pacientes que reciben quimioterapia, entre ellos el 5-fluoracilo, el etopósido, el metotrexate o el melfalán que en general, se asocian a una mayor incidencia de mucositis.(Valicema, 2000)

2.2.2.3 INFECCIONES

La presencia constante de microorganismos en la cavidad bucal es un factor de riesgo para la aparición de infecciones durante la quimiorradioterapia, agravado por una higiene oral deficiente y un estado inmunitario disminuido por la mielosupresión. La quimioterapia produce una neutropenia aproximadamente a los siete días de su inicio, por lo que las infecciones durante este período (bacterianas, fúngicas y reactivaciones del virus del herpes simple entre otras), constituyen una de las complicaciones más graves, pudiendo llevar incluso a la muerte del paciente.

Epstein y Cols señalan que más de un 25% de las sepsis en los pacientes oncológicos, podrían tener su origen en la cavidad bucal. Asimismo refieren que un 70% de los pacientes que reciben un trasplante de médula

ósea y con mucositis podrían presentar bacteriemia por *Streptococcus viridans*.(Valicema, 2000)

2.2.2.4 HEMORRAGIA

Los antiangiogénicos actúan sobre el factor de crecimiento del endotelio vascular que tiene papel fundamental en mantener la integridad de tejidos y la reparación de heridas, de modo que su inhibición puede interferir los procesos fisiológicos, facilitando un retraso en cicatrización y favoreciendo complicaciones hemorrágicas.

La alteración de la hemostasia es un fenómeno relativamente común en algunas enfermedades neoplásicas, sobre todo las que afectan al tejido linfohematopoyético. La probabilidad de que un paciente con cáncer sufra una hemorragia en la cavidad bucal estaría en función de la plaquetopenia ocasionada tanto por la enfermedad de base como por la mielosupresión debida a la quimioterapia.(Valicema, 2000)

2.2.3 MANEJO ODONTOLÓGICO

La quimioterapia se indica en enfermedades que imponen su uso inmediato, no se toleran las demoras, lo que puede lidiar a obligar en clínica con situaciones desventajosas como no poder realizar preparación odontológica alguna, en algunos casos ni siquiera un examen oral preliminar.

La quimioterapia citotóxica causará cambios generalizados, en cavidad oral además de la ineludible aparición de mucositis, se correrá el riesgo de agudizaciones infecciosas micóticas y reactivación de las virales, así como las manifestaciones de neurotoxicidad aparente en clínica a través de dolor en maxilares.(Castellano, 2002)

2.2.3.1 ETAPA PRECITOTÓXICA

El protocolo de valoración y atención odontológica es indicado con examen odontológico y radiográfico, para la identificación y atención

inmediata de condiciones dudosas o de bajo pronóstico. La rapidez en la valoración, el diagnóstico y el tratamiento de condiciones que impliquen un factor de riesgo serán de alta repercusión clínica favorable para el paciente.

Debe de considerar el odontólogo que en padecimientos como en enfermedades leucémicas en las que es usada la quimioterapia, no solo hay modificaciones de las cuentas y el funcionamiento leucocitario, también puede haber profundos cambios plaquetarios, por tanto las cifras de granulocitos como las de plaquetas deben ser ajustadas, en los casos que se vayan a intentar extracciones o procedimientos quirúrgicos, así como ponderar el uso racional de antibióticos profiláctico.(Castellano, 2002)

2.2.3.2 ETAPA CITOTÓXICA

Tempranamente en la aplicación de quimioterapia y sin que necesariamente la dosis hubiera causado una citotoxicidad profunda, los cambios en el ámbito oral pueden aparecer causando importantes molestias al paciente, convirtiéndose además en factores de complicación mayor, como puede ser, causar desaliento en la cooperación para realizar adecuadamente el protocolo quimioterapéutico o ser fuente de infección y riesgo septicémico.(Castellano, 2002)

2.2.3.3 MUCOSITIS

El síntoma principal será dolor severo. Clínicamente las lesiones son polimorfas y pueden mostrar áreas eritematosas, hiperqueratósicas, cambios liquenoides y ulceración sangrante.

Todo empeño para evitar malestar y favorecer la recuperación de la mucosa debe ser intentado. De manera sistémica pueden intentarse terapias profilácticas contra cándida, siendo adecuado el uso de fluconazol y antivirales, en las cuales el empleo de Aciclovir puede

resultar benéfico. Desde la clínica estomatológica debe procurar al paciente con mucositis un apoyo constante durante esta fase.

Los apoyos dentales que se hubiera provisto de manera preliminar en la fase precitotóxica, mostrarán beneficios significativos, particularmente en la baja de flora oral que pudieran contaminar e infectar la mucosa y magnificar la sintomatología dolorosa. La eliminación previa de irritantes físicos ayudará a no lesionar una mucosa debilitada.

Se recomienda una serie de visitas programadas al consultorio odontológico o al lecho del paciente, para realizar tanto lavado como limpieza oral y odontológica, por el dentista o personal auxiliar. La eliminación de irritantes físicos y biológicos puede ayudar mucho en la reducción de la sintomatología dolorosa y la recuperación de la mucosa.

El uso de una solución de bicarbonato de sodio para lavado rutinario y profesional, resulta útil como removedor físico de detritus mucosos, salivales, alimenticios y microbianos, puede ayudar en la estabilización del pH oral y en el control del desarrollo de candidiasis, en grado variable pero desgraciadamente no definitivo, el uso empírico de protectores de la mucosa, analgésicos y anestésicos tópicos, pueden ser útil.(Castellano, 2002)

2.2.3.4 XEROSTOMÍA

El control del paciente con xerostomía se inicia con una historia clínica completa con el fin de diagnosticar la alteración y su etiología, para luego instaurar un plan de manejo y tratamiento individualizado para cada caso, aliviando o eliminando los signos y síntomas de la xerostomía.

El manejo del paciente con xerostomía se realiza a través de diferentes vías que incluyen:

Medidas preventivas

Manejo de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal

Manejo protésico.(Valicema, 2000)

2.2.3.4.1 MEDIDAS PREVENTIVAS

La identificación temprana del paciente con xerostomía seguida por la intervención rápida es lo más aconsejable para prevenir las consecuencias de esta alteración, con énfasis en visitas frecuentes al odontólogo cada 3 o 4 meses. Las medidas preventivas incluyen: vigilancia de la higiene bucal, prevención de infecciones, humectación de la cavidad bucal, mantenimiento de la integridad de la mucosa bucal y un óptimo estado nutricional del paciente.

Los pacientes con xerostomía deberán reforzar las técnicas de higiene bucal que incluyen el uso del cepillo dental con las cerdas más suaves del mercado, pastas dentales con fluoruros, uso del hilo dental y enjuagues bucales.

Los geles con fluoruro de sodio al 1% o gel de fluorfosfato acidulado al 1% y el uso de pastas dentales que contengan fluoruros pueden ser aplicados en el cepillo dental y dejar el gel sobre los dientes de 2 a 3 minutos antes de escupirlos. El gel de fluoruro también puede ser aplicado en cubetas individuales bien ajustadas que se colocan sobre los dientes dejándose por 4 minutos antes de remover la cubeta. Se recomienda este tipo de aplicación con una frecuencia semanal durante un lapso de cuatro a seis semanas.

Los enjuagues bucales también ayudan a la eliminación de detritus alimenticio y a mantener la mucosa lubricada, pero pueden producir ardor al paciente cuando la mucosa está alterada, en esos casos, se recomienda el uso de soluciones salinas o enjuagues con bicarbonato de sodio. Estos enjuagues se recomiendan cada 2 a 4 horas dependiendo de la necesidad del paciente. El uso de enjuagues bucales con clorhexidina al 0,12% dos veces al día o la aplicación de clorhexidina en gel al 1% todas las noches por 14 días, puede reducir el contaje de Lactobacillus disminuyendo la formación de caries dental.

Hay pacientes con enfermedades sistémicas como la artritis reumatoide que limitan los movimientos del paciente, en estos casos se indican cepillos dentales modificados, cepillos dentales eléctricos e irrigadores de agua a presión.

El momento más importante para la higiene bucal es en la noche antes de dormir, ya que la presencia de placa dental y restos alimenticios, sumado a la disminución del flujo salival durante el sueño, proporcionan condiciones óptimas para el desarrollo de caries dental.(Valicema, 2000)

2.2.3.4.2 MANEJO DE LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL

Una queja común de los pacientes con xerostomía es la sequedad de los labios, por lo que se recomienda el uso de labiales a base de petrolatum y cremas con lanolina, que aplicadas regularmente ayudan a hidratar los tejidos.

Para la inflamación de las mucosas bucales se deben tomar medidas preventivas y de tratamiento para atenuar o evitar las consecuencias de la misma. Entre las medidas preventivas se debe promover la higiene regular del paciente (cepillado después de cada comida y antes de dormir, enjuagues bucales con clorhexidina y consultas frecuentes con el odontólogo), estimularlo a tener una alimentación balanceada con la toma adicional de vitamina B y C, la toma de por lo menos 2 litros de agua al día para promover la hidratación.

También se indica el uso de un elixir compuesto por Benadryl® (antihistamínico) Kaopectate® (antidiarreico) o Maloox® (antiácido), esta solución se debe indicar como enjuague bucal, en caso de ingestión se debe advertir al paciente que el Benadryl® puede producir somnolencia. Estos enjuagues bucales se indican varias veces al día y especialmente antes de las comidas.

Otra alteración de los tejidos blandos que se puede presentar en pacientes con xerostomía, es la queilitis angular y para su tratamiento se recomienda el uso de Nistatina® en crema (aplicar en la zona 3 a 4 veces al día), Clotrimazol® en crema (aplicar en la zona 2 a 3 veces al día y una vez desaparecida la lesión, aplicarla por varios días más para evitar la recidiva), o Ketoconazol® en crema (aplicar una vez al día).

En caso de dolor se recomienda la prescripción de analgésicos no esteroideos y acetaminofenes. Se puede prescribir acetaminofén con codeína: tomar una tableta cada 6 horas. Se puede indicar Lidocaína® al 2% en forma de solución viscosa, que puede ser utilizada tópicamente para controlar el dolor, la irritación y la inflamación de las mucosas bucales.

2.2.3.4.3 MANEJO PROTÉSICO

El uso de dentaduras parciales removibles o dentaduras totales son una experiencia desagradable para el paciente con xerostomía, ya que la falta de saliva reduce la retención de las prótesis por lo que se recomienda al paciente que no las usen durante la noche, las laven con jabón y las sumerjan en agua. Además, se aconseja la colocación de un agente antimicótico, por ejemplo el Ketazol®, cada vez que las usen y se enjuaguen la boca después de cada comida.

Los pacientes que son edéntulos totales antes de la radioterapia tienen menor riesgo de sufrir necrosis ósea y no necesitan esperar períodos mayores de 6 meses para la instalación de prótesis nuevas. Los pacientes que presentan una mucosa bucal no resiliente, delgada con poco reborde y además presentan xerostomía crónica se les deben indicar prótesis con bases blandas.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

QUIMIOTERAPIA: Es el tratamiento químico primordial en todas las etapas del desarrollo del cáncer. Se define como quimioterapia al uso de compuestos químicos que impiden la proliferación celular.(Cancer, 2014)

CÁNCER: Es el término que se usa para las enfermedades en las que células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos.

NEOPLASIA: es una alteración de la proliferación y muchas veces de la diferenciación celular, que se manifiesta por la formación de una masa o tumor.(Rosenberg Helmar, 2000)

2.4 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, "...para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados".

Los **Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual.** La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude. Los resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional;

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes;

Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas;

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema;

Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema;

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

2.5 ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS

Si utilizamos un protocolo específico de manejo odontológico en los pacientes con quimioterapia junto a la cooperación con el mismo, se realizaría un tratamiento eficaz a sus manifestaciones bucales y habría una mejoría notable.

2.6 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

2.6.1 Variable independiente: Manejo Odontológico.

2.6.2 Variable dependiente: Quimioterapia.

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
<p>Variable Independiente.</p> <p>Manejo Odontológico.</p>	Es un protocolo de pasos a seguir para atender a un paciente.	Usar medidas coadyuvantes para evitar complicaciones en las manifestaciones que presenten.	De manera preferible ir a la cita 3 meses antes de su tratamiento de quimioterapia	De cómo se maneje al paciente será beneficioso para este, porque evitaremos agravar su condición clínica.
<p>Variable Dependiente.</p> <p>Quimioterapia.</p>	Es un tratamiento curativo para el cáncer.	Va a provocar efectos secundarios.	Mucositis, xerostomía, hemorragias, infección.	Resequedad en la boca y labios, ulceraciones, aftas, inflamación.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo presenta la metodología que permitió desarrollar el Trabajo de Titulación. En él se muestran aspectos como el tipo de investigación, las técnicas, métodos y procedimientos que fueron utilizados para llevar a cabo dicha investigación.

Los autores clasifican los tipos de investigación en tres: estudios exploratorios, descriptivos y explicativos (por ejemplo, Selltiz, Jahoda, Deutsch y Cook, 1965; y Babbie, 1979). Sin embargo, para evitar algunas confusiones, en este libro se adoptará la clasificación de Dankhe (1986), quien los divide en: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos.

Esta clasificación es muy importante, debido a que según el tipo de estudio de que se trate varía la estrategia de investigación. El diseño, los datos que se recolectan, la manera de obtenerlos, el muestreo y otros componentes del proceso de investigación son distintos en estudios exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos. En la práctica, cualquier estudio puede incluir elementos de más de una de estas cuatro clases de investigación.

3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación se refiere al grado de profundidad con que se aborde un objeto de estudio y el campo de acción. Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva y explicativa.

Investigación Documental.- Para la Universidad Santa María (2001) la investigación documental, se ocupa del estudio de problemas planteados a nivel teóricos. (p.41)

Según la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (1998).

La investigación Documental, es estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos. (p.6)

Investigación Exploratoria: Es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, un nivel superficial de conocimiento. Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes.

Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el 'tono' de investigaciones posteriores más rigurosas" (Dankhe, 1986, p. 412).

Investigación descriptiva: Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, -comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

(Dankhe, 1986). Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así y valga la redundancia describir lo que se investiga.

Tamayo (1991) precisa que: "la investigación descriptiva comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos" (p.35)

Investigación Correlacional: Tiene como finalidad establecer el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante

pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables.

Investigación Explicativa: Se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa - efecto. En este sentido, los estudios explicativos pueden ocuparse tanto de la determinación de las causas (investigación postfacto), como de los efectos (investigación experimental), mediante la prueba de hipótesis. Sus resultados y conclusiones constituyen el nivel más profundo de conocimientos. (Dankhe, 1976).

Investigación de Campo: En los diseños de campo los datos se obtienen directamente de la realidad, a través de la acción del investigador.

Para la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2001) la investigación de campo es: El análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios. (p.5).

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para obtener este trabajo de investigación se llevó a cabo una consulta de fuentes bibliográficas científicas que tengan relación al tema a tratar, estas fuentes fueron analizadas, estudiadas y comparadas, con el fin de conformar una nueva fuente de consulta.

3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.3.1 TALENTO HUMANO

Investigador: Gustavo Alfredo Samaniego Valle

Tutor: Dra. Glenda Vaca Coronel

3.3.2 RECURSOS MATERIALES

Computador.

Impresora.

Libros.

Artículos de Revisión.

Folletos Odontológicos.

Textos Médico-odontológicos.

Páginas de internet Especializados.

3.4 FASES METODOLÓGICAS

Podríamos decir, que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas:

Fase conceptual

Fase metodológica

Fase empírica

La **fase conceptual** de la investigación es aquella que va desde la concepción del problema de investigación a la concreción de los objetivos del estudio que pretendemos llevar a cabo. Esta es una fase de fundamentación del problema en el que el investigador descubre la pertinencia y la viabilidad de su investigación, o por el contrario, encuentra el resultado de su pregunta en el análisis de lo que otros han investigado.

La formulación de la pregunta de investigación: En este apartado el investigador debe dar forma a la idea que representa a su problema de investigación.

Revisión bibliográfica de lo que otros autores han investigado sobre nuestro tema de investigación, que nos ayude a justificar y concretar nuestro problema de investigación.

Descripción del marco de referencia de nuestro estudio: Desde qué perspectiva teórica abordamos la investigación.

Relación de los objetivos e hipótesis de la investigación: Enunciar la finalidad de nuestro estudio y el comportamiento esperado de nuestro objeto de investigación.

La **fase metodológica** es una fase de diseño, en la que la idea toma forma. En esta fase dibujamos el "traje" que le hemos confeccionado a nuestro estudio a partir de nuestra idea original. Sin una conceptualización adecuada del problema de investigación en la fase anterior, resulta muy difícil poder concretar las partes que forman parte de nuestro diseño:

Elección del diseño de investigación: ¿Qué diseño se adapta mejor al objeto del estudio? ¿Queremos describir la realidad o queremos ponerla a prueba? ¿Qué metodología nos permitirá encontrar unos resultados más ricos y que se ajusten más a nuestro tema de investigación?

Definición de los sujetos del estudio: ¿Quién es nuestra población de estudio? ¿Cómo debo muestrearla? ¿Quiénes deben resultar excluidos de la investigación?

Descripción de las variables de la investigación: Acercamiento conceptual y operativo a nuestro objeto de la investigación. ¿Qué se entiende por cada una de las partes del objeto de estudio? ¿Cómo se va a medirlas?

Elección de las herramientas de recogida y análisis de los datos: ¿Desde qué perspectiva se aborda la investigación? ¿Qué herramientas son las más adecuadas para recoger los datos de la investigación? Este es el momento en el que decidimos si resulta más conveniente pasar una encuesta o "hacer un grupo de discusión", si debemos construir una escala o realizar entrevistas en profundidad. Y debemos explicar además cómo vamos a analizar los datos que recojamos en nuestro estudio.

La última fase, la fase empírica es, sin duda, la que nos resulta más atractiva, Recogida de datos: En esta etapa recogeremos los datos de forma sistemática utilizando las herramientas que hemos diseñado previamente. Análisis de los datos: Los datos se analizan en función de la finalidad del estudio, según se pretenda explorar o describir fenómenos o verificar relaciones entre variables.

Interpretación de los resultados:

Un análisis meramente descriptivo de los datos obtenidos puede resultar poco interesante, tanto para el investigador, como para los interesados en conocer los resultados de un determinado estudio. Poner en relación los datos obtenidos con el contexto en el que tienen lugar y analizarlo a la luz de trabajos anteriores enriquece, sin duda, el estudio llevado a cabo.

Difusión de los resultados: Una investigación que no llega al resto de la comunidad de personas y profesionales implicados en el objeto de la misma tiene escasa utilidad, aparte de la satisfacción personal de haberla llevado a cabo. Si pensamos que la investigación mejora la práctica clínica comunicar los resultados de la investigación resulta un deber ineludible para cualquier investigador.

3.5 METODO DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación nos apoyamos en los siguientes métodos de investigación:

Histórico Lógico se lo realizó durante la revisión de diferentes fuentes que resaltan la historia del presente tema de investigación, así mismo, la fase lógica nos sirvió para desarrollar la condición, metacognitivo.

Análisis y síntesis

Igualmente después de hacer un análisis de cada uno del análisis de investigación llegamos a conclusiones que comprueban el desarrollo de la presente.

Inducción y Deducción

Incluso la inducción y deducción también fue utilizada en la presente.

4. CONCLUSIONES

En base a los objetivos propuestos en el desarrollo de la presente investigación concluimos:

Apoyados a los objetivos podemos llegar a la conclusión de que se puede llegar a tener un buen manejo odontológico en pacientes con quimioterapia, cumpliendo diversas medidas para llevar a cabo un protocolo y de las distintas manifestaciones bucales que presenta el paciente con quimioterapia.

Los conocimientos obtenidos en esta investigación nos ofrecerán las medidas necesarias para un debido manejo odontológico de las diversas complicaciones que se nos pueda presentar en la consulta diaria.

Además podemos estar preparados para tratar a este tipo de pacientes si el caso lo merece y valernos de todos los medios que hemos aprendido para que exista una buena recuperación del paciente afectado.

5. RECOMENDACIONES

Se recomienda ciertos puntos haciendo hincapié de su importancia:

Cambios de hábitos saludables: alimentación balanceada con la toma adicional de vitamina B y C, la toma de por lo menos 2 litros de agua al día para promover hidratación.

Higiene bucal: realizar enjuagues bucales cada 3 horas con mezcla de bicarbonato de sodio, sal y agua; cepillado después de cada comida.

Si el paciente usa prótesis removibles, se recomienda no usar durante la noche y lavar bien con jabón y dejar en remojo.

Uso de medicamentos indicados y si solo el paciente requiere el uso sinérgico de más de un medicamento.

Se recomienda usar cremas y geles hidratantes en tejidos duros y blandos si se presenta resequedad.

Tratamiento preventivo a la primera señal de padecer alguna manifestación después de las quimioterapias.

Realizar un abordaje odontológico preventivo profiláctico 3 meses antes de realizar el tratamiento quimioterapéutico.

Llevar un seguimiento odontológico en su historia clínica mínimo de 4 veces al año.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campillo, R. (2006). Manifestaciones Orales Secundarias al tratamiento oncológico.
2. Cancer, I. N. (2014). ¿que es el Cáncer?
3. Castellano, J. (s.f.). Medicina en Odontología.
4. Cevallos, D. E. (2006). Fundamentos de Oncología.
5. Chile, M. d. (2010). Guia Clínica Cáncer Gástrica.
6. Dankhe, G. L. (1976). Investigación y comunicación, en C. Fernández-Collado y G.L., Dankhe. "Lacomunicación humana: ciencia social".
7. Dominguez, T. (2010). Mucositis Oral.
8. Rosenberg Helmar, G. S. (2000). Manual de Patología General.
9. Society, A. C. (2013). Principio de Quimioterapia.
10. Valicema. (2000). Manejo Terapéutico del paciente con Xerostomía.

ANEXOS

FIGURA 1. Mucositis en labios



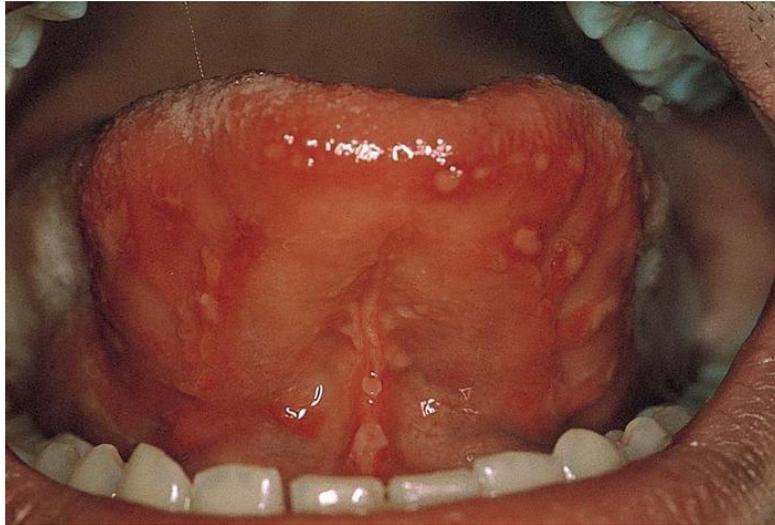
Fuente: Mucositis oral: Decisiones sobre el cuidado bucal en pacientes sometidos a radioterapia y quimioterapia.

FIGURA 2. Mucositis en caras laterales



Fuente: Mucositis oral: Decisiones sobre el cuidado bucal en pacientes sometidos a radioterapia y quimioterapia.

FIGURA 3. Mucositis en cara inferior de la lengua



Fuente: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000100021&script=sci_arttext

FIGURA 4. Paciente con xerostomía



Fuente: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=56448>