

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología

MANIFESTACIONES BUCALES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO
ONCOLÓGICO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, TACNA - 2018.

TESIS

Presentada por:

Bach. Mélany Del Pilar Condori Escobar

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

TACNA - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología

**MANIFESTACIONES BUCALES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO
ONCOLÓGICO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, TACNA – 2018.**

TESIS

Presentada por:

BACH. MÉLANY DEL PILAR CONDORI ESCOBAR

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

Aprobado por*Unanimidad*....., ante el siguiente jurado.



Dr. Alejandro Aldana Cáceres

Presidente



Mg. Jaime Barcena Taco

Miembro



C.D. Carlos Enrique Valdivia Silva

Miembro



C.D. Roysi Factor Vélez Toala

Asesor

DEDICATORIA

A Dios, por darme vida, acompañarme siempre, guiar mi camino y no desampararme; a mis padres, Demetrio y Noemí, por estar a mi lado, brindándome su amor, comprensión y apoyo incondicional en mi formación académica; a mi hermana Leslye, por comprenderme y motivarme a seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A los médicos oncólogos Dr. Jesús Delgado Iriarte, Dr. Erick Cotacallapa Pino y Dr. Alex Capellino Gambeta, por ayudarme a resolver las interrogantes que son de conocimiento en su campo.

CONTENIDO

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentos y formulación del problema	4
1.1.1. Descripción del problema	4
1.1.2. Formulación del problema	6
1.2. Objetivos	7
1.2.1. Objetivo general	7
1.2.2. Objetivos específicos	7
1.3. Justificación	8
1.4. Operacionalización de variables	10

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	11
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	11
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	14
2.1.3. Antecedentes locales.....	17
2.2. Bases teórico-científicas	19
2.2.1. Quimioterapia	19
2.2.1.1. Modalidades terapéuticas.....	21
2.2.1.2. Antineoplásicos	24
2.2.1.3. Toxicidad	28
2.2.2. Manifestaciones bucales	35
2.2.2.1. Mucositis oral	35
2.2.2.2. Disminución del flujo salival.....	41
2.2.2.3. Disgeusia.....	44
2.3. Definición conceptual de términos	46

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. El tipo de diseño de la investigación	47
3.2. Ámbito de estudio	47
3.3. Población de estudio.....	48
3.3.1. Población.....	48
3.3.2. Criterios de selección	49
3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos	50
3.4.1. Técnica	50
3.4.2. Instrumento.....	50
3.5. Procedimientos de recolección de datos	51
3.6. Plan de procesamiento y análisis de datos	53

CAPÍTULO IV
DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados	54
4.2. Discusión	63
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS.....	77

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01	55
TABLA N° 02.....	57
TABLA N° 03.....	59
TABLA N° 04.....	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01	56
GRÁFICO N° 02	58
GRÁFICO N° 03	60
GRÁFICO N° 04	62

RESUMEN

Objetivo: Determinar la presencia de las manifestaciones bucales secundarias al tratamiento oncológico de quimioterapia en pacientes que acuden al Hospital III Daniel Alcides Carrión, Tacna 2018. **Metodología:** Estudio de tipo descriptivo, no experimental y de corte transversal. Se evaluó a 40 pacientes mayores de 18 años, que han recibido tratamiento de quimioterapia. Se tomó en cuenta las principales manifestaciones estomatológicas post quimioterapia: mucositis oral, disminución en el flujo salival y disgeusia; logrando así la recolección de datos. **Resultados:** La mayoría de los pacientes presentó disgeusia 50%; seguido de la disminución del flujo salival, donde el 22,5% presentó un flujo salival reducido e hipo salivación el 2,5%; y por último la presencia de mucositis grado 2 en el 7,5%. **Conclusión:** Se presentó 60% de pacientes con manifestaciones bucales secundarias al tratamiento oncológico de quimioterapia.

PALABRAS CLAVE: Quimioterapia, mucositis, flujo salival, disgeusia.

ABSTRACT

Objective: To determine the presence of buccals manifestations secondary to cancer chemotherapy treatment in patients who come to Hospital III Daniel Alcides Carrión, Tacna 2018. **Methodology:** Descriptive, non-experimental and cross-sectional study. We evaluated 40 patients over 18 years of age, who have received chemotherapy treatment. The main stomatological manifestations after chemotherapy were taken into account: oral mucositis, decreased salivary flow and dysgeusia; thus achieving data collection. **Results:** The majority of patients presented 50% dysgeusia; followed by the decrease in salivary flow, where 22,5% presented a reduced salivary flow and 2,5% hypo salivation; and finally the presence of mucositis grade 2 in 7,5%. **Conclusion:** There were 60% of patients with oral manifestations secondary to cancer chemotherapy treatment.

KEY WORDS: Chemotherapy, mucositis, salivary flow, dysgeusia.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial¹. Dentro de las enfermedades no transmisibles se considera al cáncer como una de las más prevalentes, siendo esta la segunda causa de muerte en el mundo². En nuestro país, cada año se diagnostican más de 66 000 casos nuevos de cáncer y se estima que fallecen más de 32 000 personas³. Solo entre los años 2010 y 2018 se registraron 1758 casos de mortalidad por cáncer en Tacna, ubicándola entre las regiones con mayores tasas de mortalidad por cáncer a nivel nacional⁴.

Si bien es cierto, actualmente su tratamiento se basa en la administración de quimioterapia asociada o no a radioterapia y la cirugía⁵. La quimioterapia trae consigo efectos adversos que resultan ser inevitables, tanto a nivel sistémico como a nivel bucal.

El manejo de las complicaciones bucales debe ser conocido por el odontólogo ya que juega un rol importante en la prevención de dichos efectos⁶, mantenimiento de la salud bucal en el transcurso de este y la rehabilitación de ser necesario.

En este estudio se busca determinar la presencia de las manifestaciones bucales en pacientes que reciben tratamiento oncológico de quimioterapia, mediante la evaluación y llenado de una ficha estructurada, recabando así los datos que fueron objeto de la investigación.

El presente trabajo se conforma por cuatro capítulos:

El primer capítulo plantea la descripción y formulación del problema, los objetivos, así como la justificación para realizar la tesis.

El segundo capítulo comprende el marco teórico en donde se menciona los antecedentes relacionados al trabajo de investigación y las bases teórico científicas.

El tercer capítulo define el tipo de diseño de la investigación; así como el ámbito de estudio, la población, la técnica y procedimiento empleado para la recolección de datos.

El cuarto capítulo muestra los resultados obtenidos en la investigación, y haciendo una confrontación con los antecedentes, se presenta la discusión, así como las conclusiones arribadas según los

objetivos presentados en el primer capítulo y por último se plasman las recomendaciones.

Finalmente, se propone pautas de manejo odontológico en pacientes oncológicos que reciben quimioterapia, siendo estas antes, durante y después del tratamiento.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las manifestaciones bucales en pacientes que reciben quimioterapia vienen siendo una de las problemáticas recurrentes más vistas en el transcurso del tratamiento que suelen ser reversibles. Este riesgo es el resultado de varios factores, como las tasas altas de renovación celular de la mucosa, la microflora compleja y diversa, y el trauma en los tejidos orales durante la función oral normal⁷.

Las complicaciones orales más frecuentes incluyen: mucositis, infecciones, disfunción de las glándulas salivales, disfunción del sentido del gusto y dolor. En los pacientes de cáncer mielodeprimidos, la cavidad oral también puede ser una fuente de infección sistémica⁸.

Estas complicaciones pueden derivar en una interrupción del tratamiento, ya que el paciente sólo toleraría bajas dosis de terapia, llegando a comprometer sus expectativas de vida⁹.

Estudios realizados a nivel internacional confirman la presencia de manifestaciones a nivel bucal a consecuencia del tratamiento de quimioterapia. Los resultados obtenidos por Betancourt A., arrojan que la disgeusia fue la alteración bucal más representativa; mientras que la investigación realizada por Vivanco E., demuestra que la patología más frecuente es la mucositis oral^{10,11}.

En el Perú, también se realizaron estudios, y los resultados obtenidos por Cabezas F., denotan que la manifestación con mayor presencia fue la disgeusia; por su parte Santa Cruz M., reporta a la mucositis como la de mayor prevalencia; y Fuentes S. a la xerostomía^{5,12,13}.

En Tacna, la investigación realizada por Chipana E.¹⁴, obtuvo como resultados una mayor manifestación de la disgeusia, presente en el 80% de los pacientes.

Debido a los pocos estudios realizados en nuestra localidad, en la actualidad, es necesario saber la frecuencia de las manifestaciones bucales más comunes, así como es fundamental tener pautas de manejo odontológico antes de que el paciente reciba quimioterapia, durante y después del tratamiento, ya que la complejidad médica de estos pacientes afecta la planificación del tratamiento dental, su priorización y el momento oportuno para el cuidado dental.

1.1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las manifestaciones bucales secundarias al tratamiento oncológico de quimioterapia en pacientes que acuden al Hospital III Daniel Alcides Carrión, Tacna 2018?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la presencia de las manifestaciones bucales secundarias al tratamiento oncológico de quimioterapia en pacientes que acuden al Hospital III Daniel Alcides Carrión, Tacna - 2018.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el grado de mucositis, de acuerdo al número de sesiones de quimioterapia en pacientes que acuden al Hospital III Daniel Alcides Carrión, Tacna - 2018.
2. Determinar la disminución del flujo salival, de acuerdo al número de sesiones de quimioterapia en pacientes que acuden al Hospital III Daniel Alcides Carrión, Tacna - 2018.

3. Determinar la presencia de disgeusia, de acuerdo al número de sesiones de quimioterapia en pacientes que acuden al Hospital III Daniel Alcides Carrión, Tacna - 2018.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La investigación es **parcialmente original** debido a que existen estudios relacionados a este tema, dichos estudios revelan que la mayoría de estos pacientes presentan alguna manifestación estomatológica como resultado de la quimioterapia. La mucositis, xerostomía y la alteración en la percepción del gusto vienen a ser las más frecuentes.

Nuestro trabajo tiene **relevancia científica** ya que los resultados obtenidos contribuirán y consolidarán los resultados de anteriores investigaciones conexas.

Relevancia académica debido a que este estudio puede ser compartido y examinado tanto por docentes y alumnos de la escuela de odontología, que tengan interés en el tema.

Igualmente, tendrá **relevancia social** porque permitirá implementar mejores medidas de prevención y promoción de la salud bucal, así como informar acerca de las manifestaciones que comúnmente se presentan como efecto adverso al tratamiento de quimioterapia.

Este trabajo es **factible** de realizarse, porque se cuenta con los recursos humanos y materiales adecuados para la ejecución de esta investigación.

1.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DE INVESTIGACIÓN Manifestaciones bucales secundarias al tratamiento de quimioterapia	Mucositis	Grado de mucositis según OMS	Grado 0: Sin cambios. Grado 1: Dolor bucal, eritema. Grado 2: Eritema, úlceras; puede comer sólidos. Grado 3: Úlceras, requiere solo dieta líquida. Grado 4: La alimentación no es posible.	Ordinal
	Disminución del flujo salival	Flujo salival en reposo (FSR)	Normal: $\geq 0,3$ ml/min. Reducido: $0,1 < \text{FSR} < 0,3$ ml/min Hipo salivación: $\leq 0,1$ ml/min.	Ordinal
	Disgeusia	Trastorno en el que hay un mal sabor persistente en la boca	Presenta No presenta	Nominal
VARIABLE INTERVINIENTE	Sesiones de quimioterapia	Número de sesiones	1 - 5 6 - 10 11 - 15	De razón

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Betancourt A. y Guillén I. (Valencia-2007). Alteraciones orales en pacientes adultos con cáncer bajo tratamiento de quimioterapia. Objetivo: Determinar la presencia de alteraciones orales de los pacientes bajo tratamiento de quimioterapia en el Instituto Miguel Pérez Carreño, a través de la revisión de 50 historias clínicas y la aplicación de un cuestionario con preguntas cerradas a 30 pacientes.

Metodología: El tipo de investigación fue descriptiva no experimental, ya que no se manipuló las variables, en este caso el cáncer y la quimioterapia. El diseño utilizado fue transeccional, debido a que la revisión de las historias clínicas se realizó en un tiempo único, así como también la aplicación del cuestionario. **Resultados:** Las alteraciones orales más

representativas fueron la pérdida del sentido del gusto (Disgeusia) con un 80%, seguido de la sensación de poca saliva (xerostomía) con un 63,33% de los pacientes encuestados y por último un 30% de los pacientes afirmaron haber presentado placas blanquecinas (candidiasis).

Conclusión: Se determinó que los pacientes que reciben quimioterapia sí llegan a presentar en algún momento de su tratamiento alteraciones orales producto del tratamiento quimioterápico y que esto no queda acentuado en las historias clínicas por ser este un efecto secundario producto del tratamiento y no de la enfermedad general¹⁰.

Vivanco E. (Guayaquil- 2015). Efectos en la cavidad bucal de pacientes sometidos a quimioterapia. Objetivo:

Determinar cuáles son las patologías orales más frecuentes en los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia que hacen su aparición durante el tratamiento oncológico.

Metodología: La investigación es descriptiva cuantitativa, se realiza mediante la elaboración y aplicación de una encuesta a pacientes con más de 6 meses en tratamiento, de igual manera se investigó si los pacientes han recibido o no

atención odontológica y si en esos casos existió o no comunicación interprofesional entre el oncólogo y el odontólogo, la encuesta se realizó en pacientes que recibían tratamiento de quimioterapia en el hospital de Solca.

Resultados: Se encontró que el 33% de los casos analizados presentó mucositis oral, el 25% de los pacientes presentó alteración en el sentido del gusto, 17% presentó caries dental, el 17% Xerostomía, el 4% lengua negra y otros 4% presentaron saliva espesa, se encontró que solo el 10% de los encuestados acudieron a la consulta odontológica por iniciativa propia, razón por la cual se considera importante que exista un protocolo de atención y una comunicación directa entre el oncólogo y el odontólogo al momento del tratamiento de quimioterapia, para que ambos profesionales estén enterados de la medicación recetada al paciente, para evitar sinergias y complicaciones medicamentosas en el paciente.

Conclusión: La patología más frecuente en pacientes que son sometidos a tratamiento de quimioterapia es la mucositis oral, si bien no es un problema grave, es un problema que conlleva muchos inconvenientes al paciente, además de ser una posible vía de acceso para agentes patógenos¹¹.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Fuentes S. (Lima - 2003). Manifestaciones estomatológicas en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. Objetivo: Determinar las manifestaciones estomatológicas en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. **Metodología:** Realizó un estudio tipo descriptivo y transversal, utilizando una muestra de 70 pacientes a los cuales se les realizó una encuesta estructurada y un examen clínico dentro de los 7 a 10 días post tratamiento de quimioterapia. Se tomó en cuenta las principales manifestaciones estomatológicas efecto de la quimioterapia: mucositis oral, xerostomía, disgeusia, neurotoxicidad oral, hemorragia e infecciones. **Resultados:** De los pacientes 83% presentaron xerostomía, 77% disgeusia, 60% mucositis oral, 51% neurotoxicidad oral, 10% infecciones y 6% hemorragia oral. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes, presentaron alguna manifestación estomatológica como resultado de la quimioterapia, a excepción de un paciente que no presentó ninguna manifestación estomatológica¹³.

Cabezas F. (Lima-2010). Características orales secundarias al tratamiento oncológico de quimioterapia.

Objetivo: Determinar las características orales secundarias al tratamiento oncológico de quimioterapia. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo de corte longitudinal, prospectivo. La población incluyó pacientes mayores de 18 años del servicio de oncología del Hospital General Santa Rosa con diagnóstico definitivo de cáncer. **Resultados:** Se observó que 17 pacientes (89,5%) presentaron algún tipo de manifestación oral al finalizar el estudio. Se observó que las afecciones más frecuentes son disgeusia (73,7%), seguida de mucositis y variación de flujo salival con 47,4%, variación del estado periodontal con 5,3% y ninguna variación respecto al CPO-D. **Conclusión:** Un alto porcentaje de los pacientes, el 89,5% (n=17), presentan alguna de las manifestaciones estomatológicas como resultado de la quimioterapia, a excepción de 2 pacientes que representan el 10,5% no presentaron ninguna manifestación estomatológica y la manifestación más frecuente fue la disgeusia⁵.

Santa Cruz M. (Trujillo-2016). Prevalencia de efectos colaterales y reacciones adversas de la quimioterapia.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los efectos colaterales y reacciones adversas en cavidad bucal de pacientes con quimioterapia de neoplasia maligna gastrointestinal.

Metodología: La investigación es de tipo básico, prospectivo, en una muestra de 18 pacientes, entre hombres y mujeres, mayores a 18 años, con diagnóstico definitivo de cáncer gástrico, colon o recto, que recibieron solo y por primera vez el 12vo ciclo de tratamiento de quimioterapia esquema FOLFOX IV, a los cuales se les realizó una encuesta estructurada y un examen clínico post tratamiento de quimioterapia en cavidad bucal, mucositis, gingivitis y disgeusia según género y edad. **Resultados:** Los pacientes presentaron 88,9% mucositis, 100% algún tipo de inflamación gingival y 77,8% disgeusia. **Conclusión:** Se muestra una prevalencia de los efectos colaterales y reacciones adversas en la cavidad bucal de los pacientes con quimioterapia de neoplasia maligna gastrointestinal¹².

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Chipana E. (Tacna-2015). Características orales patológicas en pacientes con tratamiento oncológico de quimioterapia Tacna. Objetivo: Determinar las características orales patológicas en pacientes con tratamiento oncológico de quimioterapia. **Metodología:** Se realizó de forma descriptiva, observacional y de corte transversal. Se tomaron 20 pacientes mayores de 18 años que acudieron al servicio de oncología del Hospital EsSALUD con diagnóstico definitivo de cáncer y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión siendo esta a conveniencia. **Resultados:** El 40% presentó mucositis grado 2 y 15% grado 1; 50% presentó más de dos lesiones, el 5% dos lesiones y el 45% no presentó ninguna lesión; 39% presentó lesiones en los carrillos, seguido en el labio inferior y lengua con un 23% cada uno; 40% presentó un volumen salival normal, 45% un volumen salival reducido y 15% hipo salivación; según el estado dental evaluado antes y después de la quimioterapia, no hubo cambios; según el estado periodontal evaluado antes y después de la quimioterapia, si hubo alteración en el 15% de

pacientes; 80% presentó disgeusia. **Conclusión:** Se determinó que las características orales patológicas más frecuentes que se presentaron fueron la disgeusia 80%, seguida de mucositis 45%, alteración en el flujo salival 45% y alteración en el estado periodontal 15%¹⁴.

2.2. BASES TEÓRICO-CIENTÍFICAS

2.2.1. QUIMIOTERAPIA

Cáncer, es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas².

Los tumores cancerosos son malignos, lo que significa que se pueden extender a los tejidos cercanos o los pueden invadir⁸.

Tratamientos convencionales para tratar el cáncer incluyen: la cirugía, radioterapia y quimioterapia.

La quimioterapia se define como el uso de agentes farmacológicos cuya finalidad es atacar las células neoplásicas y afectar la historia natural de las mismas, induciendo muerte celular. Esta modalidad de tratamiento sistémico ha sido utilizada desde mediados del siglo anterior para el tratamiento

del cáncer¹⁵, mediante el uso de fármacos que son más tóxicos para las células cancerosas que para las sanas.

Hay más de 50 fármacos antineoplásicos distintos, que se pueden emplear solos o en combinación. La elección del tratamiento puede variar en función del tipo de tumor, de la fase en la que se encuentre, de su localización, del estado general del paciente, etc.

El objetivo de la quimioterapia es la curación, pero también puede usarse para interferir en la multiplicación de células tumorales, controlar la diseminación de la enfermedad y con fines paliativos.

Los tumores crecen con rapidez, por lo que tienen la mayor cantidad de células en duplicación y división, y son más susceptibles a la quimioterapia. Como distintos fármacos actúan en diferentes fases del ciclo celular, puede usarse una combinación de agentes quimioterapéuticos para aumentar la probabilidad de destruir más células malignas¹⁶. El uso de fármacos con diferentes mecanismos de resistencia permite

que las células cancerosas desarrollen resistencia a un fármaco para ser atacadas por otros fármacos a los que aún no se ha desarrollado resistencia. Sin embargo, los agentes individuales continúan teniendo un lugar importante en el tratamiento, y la curación puede ser posible con un solo agente en algunas neoplasias malignas seleccionadas¹⁷.

2.2.1.1. MODALIDADES TERAPÉUTICAS

Quimioterapia neoadyuvante:

La terapia neoadyuvante, también llamada quimioterapia primaria o de inducción, se administra después de establecer un diagnóstico histológico¹⁷, pero antes del control local (cirugía o radiación).

La quimioterapia neoadyuvante se realiza en el contexto de una enfermedad local obvia (a menudo extensa) con un riesgo de enfermedad micrometastásica distante para la cual existe una quimioterapia efectiva¹⁷.

Una ventaja de la quimioterapia neoadyuvante es que como las células cancerosas no han estado expuestas a medicamentos contra el cáncer, son especialmente vulnerables¹⁸. En ciertos tumores que son quimiosensibles, la respuesta patológica completa ha demostrado ser un objetivo alcanzable y puede correlacionar directamente con un mejor pronóstico¹⁵.

Quimioterapia Adyuvante:

La quimioterapia adyuvante se usa para tratar a pacientes con alto riesgo conocido de recurrencia después de que la terapia local inicial (cirugía y radiación) haya eliminado toda la evidencia de enfermedad¹⁷; es por ello que se administra para mejorar la efectividad de otros tratamientos¹⁶.

La finalidad es eliminar las posibles micrometástasis y reforzar el control local reduciendo el riesgo de recurrencia¹⁵. Los criterios de riesgo de recurrencia pueden incluir el sitio anatómico, el

tamaño, las características patológicas y biológicas del tumor primario, la afectación ganglionar y, en algunos casos, la evaluación del riesgo genético¹⁷.

La quimioterapia adyuvante se usa incluso cuando no hay signos de cáncer remanente¹⁶.

Quimioterapia concomitante:

Es la modalidad que se otorga en forma simultánea con la radioterapia para incrementar la sensibilidad del tumor¹⁹. Por lo tanto, la quimioterapia tiene la finalidad radiosensibilizadora, logrando un mejor control local y, al mismo tiempo, dependiendo de la dosis utilizada, puede proporcionar un control sistémico, eliminando micrometástasis.

Quimioterapia paliativa:

La enfermedad avanzada de algunos tumores y la enfermedad metastásica son la indicación principal

para esta modalidad de tratamiento, donde la curación no es posible, pero tiene como finalidad mejorar la calidad de vida, disminuir los síntomas ocasionados por el tumor como el dolor, mejorar el estado funcional y producir respuestas objetivas en los sitios de actividad tumoral (disminución o estabilidad del tamaño del tumor, principalmente, ya que la desaparición de este o la respuesta completa es muy rara en estos casos, pero puede ocurrir)¹⁵.

2.2.1.2. ANTINEOPLÁSICOS

Los agentes antineoplásicos se dividen en varias clases y tipos, entre ellos comparten un mismo mecanismo de acción dependiendo la clase a la que pertenezcan¹⁹.

a. Agentes alquilantes:

Los fármacos alquilantes destruyen las células cancerosas dañando directamente el ADN para

evitar que las células se reproduzcan¹⁶. Aunque los agentes alquilantes reaccionan con las células en todas las fases del ciclo celular, su eficacia y toxicidad resultan de la interferencia con tejidos de rápida proliferación.

Los agentes alquilantes fueron las primeras moléculas anticancerígenas desarrolladas, y aún se usan en la actualidad. La familia contiene seis clases principales: mostazas nitrogenadas, aziridinas, sulfonatos de alquilo, epóxidos, nitrosoureas y compuestos de triazeno; aunque recientemente se han desarrollado algunos agentes no estándar²⁰.

b. Antimetabolitos:

Son un grupo de compuestos químicos de bajo peso molecular que ejercen su efecto gracias a su similitud estructural o funcional con los metabolitos naturales que intervienen en la síntesis

de ácidos nucleicos. Debido a que son confundidos por la célula con un metabolito normal, los antimetabolitos inhiben enzimas críticas que intervienen en la síntesis de ácido nucleico o son incorporados en la molécula de ácido nucleico y producen códigos incorrectos; ambos mecanismos resultan en inhibición de la síntesis de ADN y, finalmente, en muerte celular²¹.

Los antimetabolitos pueden dividirse en análogos de folatos, análogos de purinas, análogos de adenosina, análogos de pirimidinas y sustitutivos de urea²².

c. Derivados de productos naturales:

Actualmente, son ampliamente utilizados en clínica y forman parte de la quimioterapia de los pacientes con cáncer.

- Derivados de plantas; los alcaloides vinca, taxanos, epipodofilotoxinas y las camptotecinas.
- Derivados de microorganismos (antibióticos); las Antraciclinas, Actinomicina D, Mitomicina.
- Fármacos clasificados como enzimas, L-Asparaginasa es aún un fármaco estándar para el tratamiento de la leucemia linfocítica.

d. Agentes hormonales:

Se usan comúnmente como un tratamiento para los cánceres que responden a las hormonas, como los carcinomas de mama, próstata o endometrio²⁰.

Los agentes hormonales pueden dividirse en estrógenos y antiestrógenos, andrógenos y antiandrógenos, inhibidores de la aromatasa, progestágenos, corticosteroides y análogos de la LH-RH o análogos de los péptidos hormonales hipotalámicos.

2.2.1.3. TOXICIDAD

Los agentes quimioterápicos son fármacos que tienen el potencial de producir muchos y variados efectos adversos. Estos efectos tóxicos son la consecuencia del daño producido a las células en división. Las células más vulnerables son las que se dividen rápidamente en virtud de un ciclo celular corto como la médula ósea, los folículos del pelo y el epitelio gastrointestinal²¹.

La farmacocinética y las toxicidades de fármacos antineoplásicos varían de un paciente a otro. Es imperativo identificar tempranamente los efectos tóxicos, modificar las dosis, o interrumpir el uso de fármacos nocivos para aliviar los síntomas y disminuir los riesgos, y brindar atención vigorosa de apoyo²³.

Efectos adversos de la quimioterapia:

- **Náusea y vómitos:**

Se cree que el sistema nervioso central (SNC) desempeña un papel fundamental en la fisiología de las náuseas y los vómitos, ya que sirve como el sitio primario donde se reciben y procesan una variedad de estímulos eméticos.

Hay una serie de factores que pueden influir en su desarrollo, incluidos los relacionados con el paciente que recibe la terapia, así como el tratamiento de quimioterapia en sí. Los factores más importantes relacionados con el paciente incluyen género, edad, antecedentes de consumo de etanol y antecedentes de náuseas o vómitos con tratamiento de quimioterapia previo²⁰.

Existe un mayor riesgo en pacientes más jóvenes y sexo femenino¹⁷.

Un control inadecuado de la emesis puede provocar complicaciones como deshidratación, malnutrición, desequilibrio electrolítico y daños físicos en el esófago, con el consiguiente impacto sobre la calidad de vida del paciente; además de causar retraso en la administración de ciclos de quimioterapia.

La emesis inducida por quimioterapia se clasifica en tres tipos de acuerdo al momento en el que se produce; anticipatoria, la cual ocurre antes de la administración del antineoplásico y su causa es psicológica; aguda, la que ocurre en las primeras 24 horas tras la administración de la quimioterapia; tardía, que ocurre después de transcurridas 24 horas desde la administración de la quimioterapia.

- **Diarrea y estreñimiento:**

El estreñimiento y la diarrea son problemas comunes en pacientes con cáncer avanzado. La diarrea

inducida por la quimioterapia parece ser un proceso multifactorial por el cual el daño agudo a la mucosa intestinal (incluida la pérdida del epitelio intestinal, la necrosis superficial y la inflamación de la pared intestinal) provoca un desequilibrio entre la absorción y la secreción en el intestino delgado. El estreñimiento suele ser una afección temporal no se considera grave.

- **Alopecia:**

La alopecia inducida por la quimioterapia ocurre con frecuencia durante el anágeno. El cabello expuesto a la quimioterapia durante esta fase es mucho más delgado y más frágil debido a la supresión de la proliferación celular.

La cantidad de cabello que se cae varía de una persona a otra, dependerá del fármaco, de la dosis y de la vía de administración. Por lo general, la

caída del cabello relacionada con el tratamiento contra el cáncer es temporal.

- **Neutropenia y trombocitopenia:**

La neutropenia y la trombocitopenia son las manifestaciones más frecuentes de mielosupresión inducida por quimioterapia citotóxica.

En todas las circunstancias, la mielosupresión puede afectar el tratamiento antineoplásico de varias maneras negativas que incluyen un aumento de la mortalidad por infección o hemorragia, hospitalizaciones más frecuentes, aumento del costo del tratamiento, reducción en la intensidad de la dosis de quimioterapia e interrupción del tratamiento²⁴.

- **Toxicidad pulmonar:**

La toxicidad pulmonar se reconoce con un número creciente de agentes quimioterapéuticos¹⁷. Se han propuesto varios mecanismos de toxicidad pulmonar basados en los mecanismos de acción de diferentes clases de agentes terapéuticos, estos incluyen un efecto tóxico directo sobre las células epiteliales alveolares, la inducción de una respuesta inmunológica inflamatoria y lesión de las células endoteliales, o la activación que causa el síndrome de fuga capilar²⁰. El riesgo de toxicidad pulmonar por quimioterapia también aumenta con la edad avanzada, antecedentes de tabaquismo, presencia de enfermedad pulmonar preexistente, terapia multimodal y altas concentraciones de oxígeno suplementario¹⁷.

- **Cardiotoxicidad:**

A pesar de tener muchas manifestaciones, una de las principales son los síntomas de fallo cardíaco secundarios a un daño a nivel del miocardio por la toxicidad directa e indirecta de las terapias antineoplásicas¹⁸.

Los efectos de los agentes antineoplásicos sobre el miocardio pueden ser predecibles o impredecibles, fijos o acumulativos, y pueden potenciarse o anularse mediante la adición de otros agentes quimioterapéuticos. Además, el aumento de la edad y las enfermedades cardíacas preexistentes aumentan el potencial de desarrollar toxicidad cardíaca¹⁷.

- **Toxicidad gonadal:**

En el varón, los precursores de las células germinales (stem-cells y espermatogonias) son los

más susceptibles a la acción de los agentes citotóxicos.

En la mujer, la quimioterapia induce amenorrea, por disfunción temporal resultado de un daño directo sobre el ovario y alteración consiguiente del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, con disminución de los estrógenos²⁵.

2.2.2. MANIFESTACIONES BUCALES

2.2.2.1. MUCOSITIS ORAL

Es una inflamación de las membranas mucosas de la cavidad oral y la orofaringe caracterizada por eritema tisular, edema y atrofia que a menudo progresa a ulceración.

La terapia contra el cáncer afecta a las células que se dividen rápidamente, incluido el epitelio basal

oral, con una tasa de renovación celular de 7 a 14 días, lo que las pone en riesgo de ser atacadas por la quimioterapia²⁰.

Los fármacos quimioterapéuticos de un solo agente que frecuentemente causan mucositis oral incluyen metotrexato, doxorubicina, 5-fluorouracilo (5-FU), busulfán y bleomicina. Los regímenes de múltiples medicamentos pueden causar un mayor riesgo de mucositis clínicamente significativa en comparación con los regímenes de un solo agente¹⁷.

La mucositis se presenta por una disminución en la tasa de renovación del epitelio basal, que se adelgaza y presenta úlceras en tejidos blandos. La severidad varía por el esquema empleado, dosis y condiciones bucales previas a la terapia²⁴.

Con frecuencia, la mucositis aparece entre los 5 y los 7 días de haber iniciado la quimioterapia, y

el pico máximo de los efectos estomatotóxicos está entre los 7 y los 10 días de iniciada la terapia.

Las zonas afectadas con mayor frecuencia son la mucosa bucal, labial, superficie ventral de la lengua, el paladar blando; más que en la mucosa del paladar duro y encías, donde el intercambio celular es más lento²⁶. En este sentido, estas manifestaciones causan molestias que son discretas a severas, afectan a la ingesta de líquidos y calorías, interfiere con la comunicación y condiciona demoras en el tratamiento o reducción de dosis²¹.

La mucositis oral es un factor de riesgo de infecciones potencialmente mortales para pacientes con neutropenia. Las infecciones orales, como el virus del herpes simple pueden aumentar la gravedad de la mucositis oral; es por ello que existe un riesgo relativo cuatro veces mayor de septicemia en pacientes con mucositis oral e infecciones orales debido a la lesión de la barrera mucosa²⁰.

El modelo actualmente aceptado para la patogénesis de la mucositis oral postula las siguientes cinco fases:

a. Iniciación:

Se caracteriza por el daño directo irreversible y reversible al ADN. Se observan roturas de la cadena de ADN en el epitelio, así como en las células de la submucosa, lo que hace que una proporción relativamente pequeña de células muera rápidamente²⁷. Estas respuestas de daño y muerte celular generan inflamación que inducen la producción de especies reactivas de oxígeno (ROS), propiciando más daño tisular²⁸.

b. Respuesta al daño primario:

La quimioterapia y las especies reactivas de oxígeno (ROS) activan una serie de mecanismos centrales de control biológico, incluido un grupo selecto de factores de transcripción, como el factor

nuclear κ B (NF- κ B) y otras vías como la vía de la ceramida. La apoptosis mediada por ceramida da como resultado la muerte de células endoteliales submucosas y fibroblastos²⁹.

c. Señalización y amplificación:

Promueve una realimentación o feedback positivo de citosinas proinflamatorias y amplifican el daño iniciado por la radiación o agente quimioterápico.

d. Ulceración:

Hay pérdida de la integridad de la mucosa, estas lesiones extremadamente dolorosas son de gran importancia, pues funcionan como puerta de entrada para bacterias, principalmente en pacientes con neutropenia³⁰. La colonización microbiana de la mucosa alterada puede agravar aún más la lesión de la mucosa.

e. Curación:

Se caracteriza por la resolución de las lesiones, control de la microflora, disminución gradual de la reacción inflamatoria y predominio del estímulo reparador, con el desarrollo de tejido de granulación y remisión total de las lesiones. Histopatológicamente se asocia con proliferación y diferenciación celular²².

El aspecto clínico de la mucositis oral permite distinguir distintas fases de la lesión, el cual indica el grado de severidad. En las últimas cuatro décadas se han propuesto varios modelos evolucionados que documentan y cuantifican los cambios producidos en los tejidos epiteliales de la cavidad oral, así como las alteraciones en la función, durante y después del tratamiento del cáncer³⁰.

La clasificación de la mucositis oral más ampliamente utilizada es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³¹.

- Grado 0: sin cambios
- Grado 1: dolor bucal, eritema
- Grado 2: eritema, úlceras; puede comer sólidos
- Grado 3: úlceras, requiere solo dieta líquida
- Grado 4: la alimentación no es posible

2.2.2.2. DISMINUCIÓN DEL FLUJO SALIVAL

La saliva es un fluido acuoso hipotónico secretado tanto por las glándulas salivales mayores como las menores, cuya finalidad es mantener la homeostasis de la cavidad bucal. Normalmente proporciona funciones críticamente protectoras para los tejidos orales, incluida la lubricación de la mucosa y la administración de una serie de factores antimicrobianos que incluyen mucinas salivales, IgA secretora, lactoferrina y transferrina¹⁷.

Diariamente se segrega un volumen total de saliva de 1 a 1,5 litros³². Los valores normales de flujo salival en reposo (saliva no estimulada) son de 0,3 a 0,5 ml/min³³.

Un flujo de saliva insuficiente puede conducir a la queja subjetiva de sequedad de boca o xerostomía.

La disminución de la función salival se puede asociar con los siguientes cambios en pacientes sometidos a quimioterapia:

- Aumento de la viscosidad salival, con el consiguiente deterioro de la lubricación de los tejidos orales.
- Capacidad de amortiguación comprometida, con mayor riesgo de infección oral.
- Acumulación de placa dental debido a la dificultad del paciente para mantener la higiene bucal.
- Glosodinia.
- Disgeusia (alteración del gusto).

- Atrofia de la lengua dorsal.
- Dificultad para usar dentaduras postizas.
- Aumento de la sed.

La lesión de la glándula salival asociada a la quimioterapia suele ser transitoria y reversible. Estos cambios generalmente se resuelven durante las semanas posteriores al cese de la quimioterapia; sin embargo, si el daño es lo suficientemente grave como para causar atrofia acinar, tales unidades secretoras no se regeneran¹⁷.

De acuerdo con los criterios internacionales de diagnóstico, el valor de $\leq 0,1$ ml / minuto es el mínimo flujo salival para poder diagnosticar la hiposalivación³⁴.

La tasa de flujo salival total en reposo, determinada según Laudenbach y Huynh, considera valores normales $\geq 0,3$ ml/min, reducido para valores

>0,1 ml/min y <0,3 ml/min e hiposalivación para valores $\leq 0,1$ ml/min²⁷.

2.2.2.3. DISGEUSIA

El gusto permite reconocer los sabores propios de los alimentos.

La disgeusia se define como un trastorno en el que hay un mal sabor persistente en la boca. Las alteraciones del sentido del gusto pueden ser descritas como cambios en el sabor de los alimentos, sabor metálico, amargo, salado o simplemente sabor desagradable³⁵.

Los cambios en la percepción del sabor pueden tener un efecto negativo en el consumo de ciertos alimentos, lo cual contribuye a la desnutrición.

La causa más común de la disfunción del gusto es la aplicación clínica de distintos fármacos que afectan al crecimiento celular y a los receptores del gusto³⁶.

La célula receptora del sabor tiene una tasa de renovación de aproximadamente 10 días y puede regenerarse si no se daña irreversiblemente.

Aunque el síntoma persiste durante varias semanas, generalmente se resuelve en los meses posteriores a la interrupción de los medicamentos.

El manejo de la disgeusia se centra en mantener una ingesta nutricional adecuada mientras la afección está presente¹⁷.

Aproximadamente la mitad de las personas que reciben quimioterapia tienen cambios en el gusto, pero por lo general desaparecen de 3 a 4 semanas después de que termina el tratamiento³⁷.

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS:

- **QUIMIOTERAPIA:** Tratamiento con medicamentos para interrumpir la formación de células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o al impedir su multiplicación.
- **MUCOSITIS:** Es una inflamación de las membranas mucosas de la cavidad oral y la orofaringe caracterizada por eritema tisular, edema y atrofia que a menudo progresa a ulceración²⁰.
- **FLUJO SALIVAL:** Es la cantidad de saliva secretada por unidad de tiempo.
- **DISGEUSIA:** Trastorno en el que hay un mal sabor persistente en la boca.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. EL TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Es de tipo descriptivo, de diseño no experimental y de corte transversal.

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Ámbito geográfico: Tacna, Tacna, Ciudad de Tacna.

Ámbito Físico: Departamento de Oncología Médica del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna (Carretera a Calana Km. 6,5).

Ámbito Temporal: Periodo de marzo a mayo del año 2018.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

3.3.1. POBLACIÓN

Población Cualitativa

Está conformada por pacientes mayores de 18 años que reciben tratamiento oncológico de quimioterapia en el Hospital III Daniel Alcides Carrión, durante el periodo de marzo a mayo del 2018.

Población Cuantitativa

Está conformada por 40 pacientes mayores de 18 años que reciben tratamiento oncológico de quimioterapia en el Hospital III Daniel Alcides Carrión, durante el periodo de marzo a mayo del 2018 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.3.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

a) Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico definitivo de cáncer, que reciban tratamiento de quimioterapia.
- Pacientes lúcidos orientados en tiempo y espacio.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente en la investigación.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado acerca del estudio.

b) Criterios de exclusión:

- Pacientes que reciban tratamiento de radioterapia o quimioterapia-radioterapia.
- Pacientes que se nieguen a participar en la investigación.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.4.1. TÉCNICA:

Se utilizó la técnica de observación, para la evaluación clínica bucal de los pacientes y la valoración del volumen salival.

3.4.2. INSTRUMENTO:

Para este estudio se utilizó una ficha de recolección de datos (Anexo 4). Referencia de la tesis de Cabezas Donayre FY⁵; Características orales secundarias al Tratamiento Oncológico De Quimioterapia; que contiene: fecha de la obtención de datos, número de sesión, datos de identificación (nombre y apellidos, edad, sexo), escala de valoración de mucositis (OMS), flujo salival en reposo y disgeusia.

3.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se entregó una carta de presentación de parte de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann dirigido al Dr. Paulo Cesar Gordillo Maydana, Gerente de la Red Asistencial de EsSALUD Tacna, para que se brinden las facilidades del caso, requeridos en la ejecución de tesis de la Srta. Bach. Mélaney Del Pilar Condori Escobar (Anexo 1).

Una vez expedida la autorización (Anexo 2), se procedió a la ejecución de la tesis, se entregaron los consentimientos informados (Anexo 3) a los pacientes que habían recibido tratamiento de quimioterapia, donde se explica de manera clara y precisa sobre el estudio que se iba a realizar.

Para esta investigación se recogió datos mediante la ficha (Anexo 4) que consta de fecha de la obtención de datos, número de sesión, datos de identificación (nombre y apellidos, edad, sexo), escala de valoración de mucositis (OMS), flujo salival en reposo y disgeusia.

Para la valoración de la presencia de mucositis se realizó el examen clínico mediante la observación directa en el cual se procedió

a evaluar la integridad de la mucosa oral y se clasificó según la escala de la OMS.

- Grado 0: sin cambios
- Grado 1: dolor bucal, eritema
- Grado 2: eritema, úlceras; puede comer sólidos
- Grado 3: úlceras, requiere solo dieta líquida
- Grado 4: la alimentación no es posible

La valoración de la secreción salival se evaluó mediante las tasas de flujo salival en reposo, esto según Laudenbach y Huynh. Esta recolección se realizó mediante el método de salivación; en este el paciente fue depositando en un recipiente graduado la saliva que llegaba a su boca de forma espontánea, durante tres minutos; se utilizó como recipiente una jeringa de material desechable de 10 ml, a la que se adaptó en la porción inferior un tapón para evitar la pérdida de muestra.

El flujo salival en reposo, se halló mediante:

Vol. de saliva recolectada (ml)

3 (min)

La valoración de la disgeusia (trastorno en el que hay un mal sabor persistente en la boca) se evaluó de manera subjetiva realizando una pregunta y respondiendo (Si) o (No).

3.6. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenidos los datos, estos fueron ordenados, procesados y analizados, utilizando los programas Microsoft Office Excel 2013 e IBM SPSS Statistics versión 25 para Windows, en donde se generaron resultados mediante análisis de estadística descriptiva.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En esta sección se presenta los resultados de la investigación en tablas y gráficos estadísticos, teniendo en cuenta el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.

A continuación, se describen cada una de las tablas que responden a los mismos.

TABLA N° 01

**GRADO DE MUCOSITIS, DE ACUERDO AL NÚMERO DE SESIONES
DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN,
TACNA - 2018**

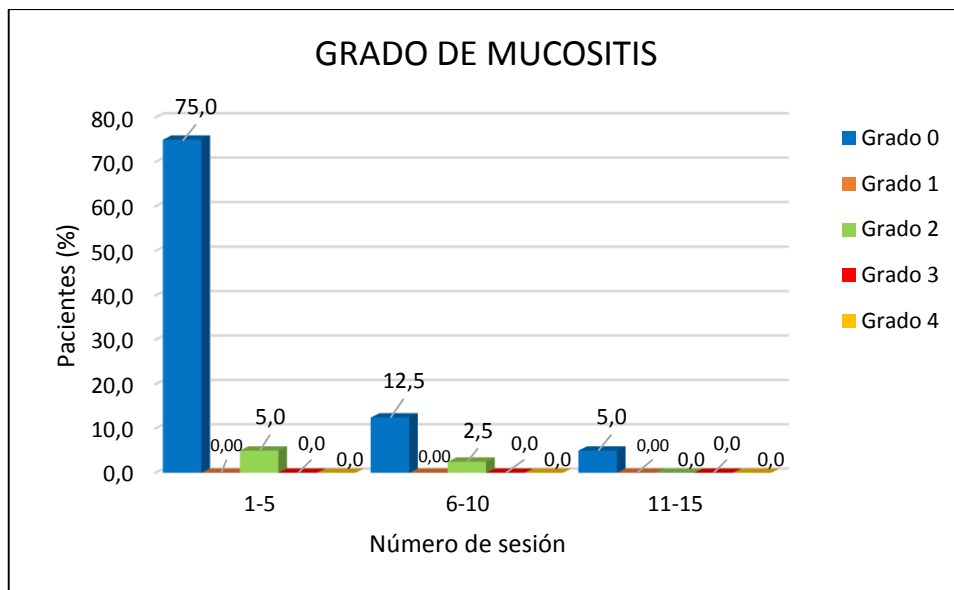
Número de sesión	Grado de mucositis										Total	
	Grado 0		Grado 1		Grado 2		Grado 3		Grado 4			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-5	30	75,0	0	0,0	2	5,0	0	0,0	0	0,0	32	80,0
6-10	5	12,5	0	0,0	1	2,5	0	0,0	0	0,0	6	15,0
11-15	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,0
Total	37	92,5	0	0,0	3	7,5	0	0,0	0	0,0	40	100,0

Fuente: Matriz de datos

El grado 0 (sin cambios) predomina con 92,5%, seguido del grado 2 de mucositis con 7,5%.

GRÁFICO N° 01

GRADO DE MUCOSITIS, DE ACUERDO AL NÚMERO DE SESIONES DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN, TACNA - 2018



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02

**DISMINUCIÓN DEL FLUJO SALIVAL, DE ACUERDO AL NÚMERO
DE SESIONES DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, TACNA - 2018**

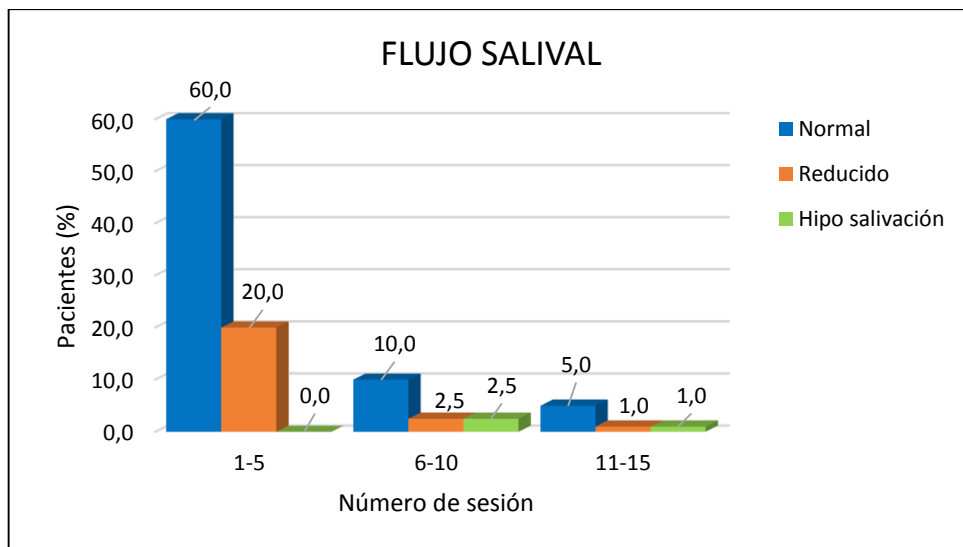
Número de sesión	Flujo salival						Total	
	Normal		Reducido		Hipo salivación			
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-5	24	60,0	8	20,0	0	0,0	32	80,0
6-10	4	10,0	1	2,5	1	2,5	6	15,0
11-15	2	5,0	0	0,0	0	0,0	2	5,0
Total	30	75,0	9	22,5	1	2,5	40	100,0

Fuente: Matriz de datos

El flujo salival normal ocupa el primer lugar con 75%; en segundo lugar, se encuentra el flujo salival reducido con 22,5% y en último lugar, la hipo salivación con 2,5%.

GRÁFICO N° 02

DISMINUCIÓN DEL FLUJO SALIVAL, DE ACUERDO AL NÚMERO DE SESIONES DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN, TACNA - 2018



Fuente: Tabla N° 02

TABLA N° 03

**PRESENCIA DE DISGEUSIA, DE ACUERDO AL NÚMERO DE
SESIONES DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, TACNA - 2018**

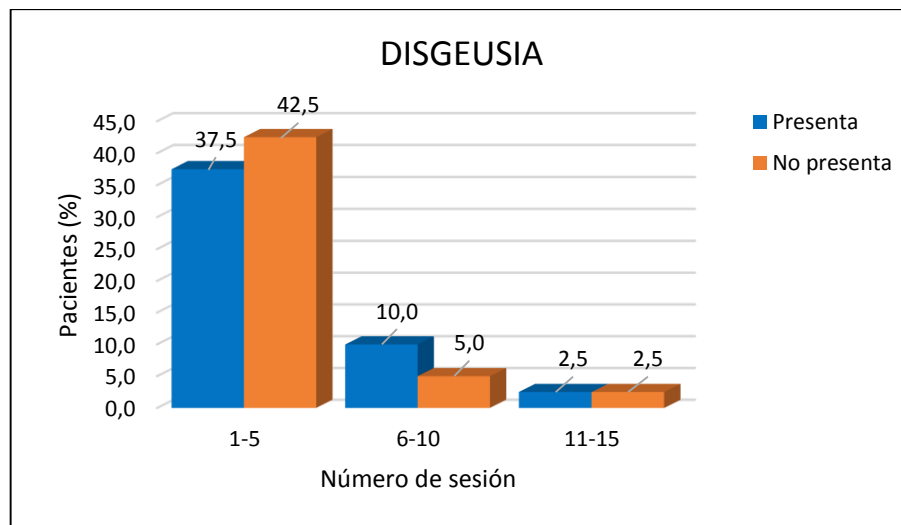
Número de sesión	Disgeusia				Total	
	Presenta		No presenta			
	n	%	n	%	n	%
1-5	15	15	17	42,5	32	80,0
6-10	4	10,0	2	5,0	6	15,0
11-15	1	2,5	1	2,5	2	5,0
Total	20	50,0	20	50,0	40	100,0

Fuente: Matriz de datos

El 50% presenta disgeusia (trastorno en el que hay un mal sabor persistente en la boca).

GRÁFICO N° 03

**PRESENCIA DE DISGEUSIA, DE ACUERDO AL NÚMERO DE
SESIONES DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, TACNA - 2018**



Fuente: Tabla N° 03

TABLA N° 04

**MANIFESTACIONES BUCALES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO
ONCOLÓGICO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, TACNA – 2018**

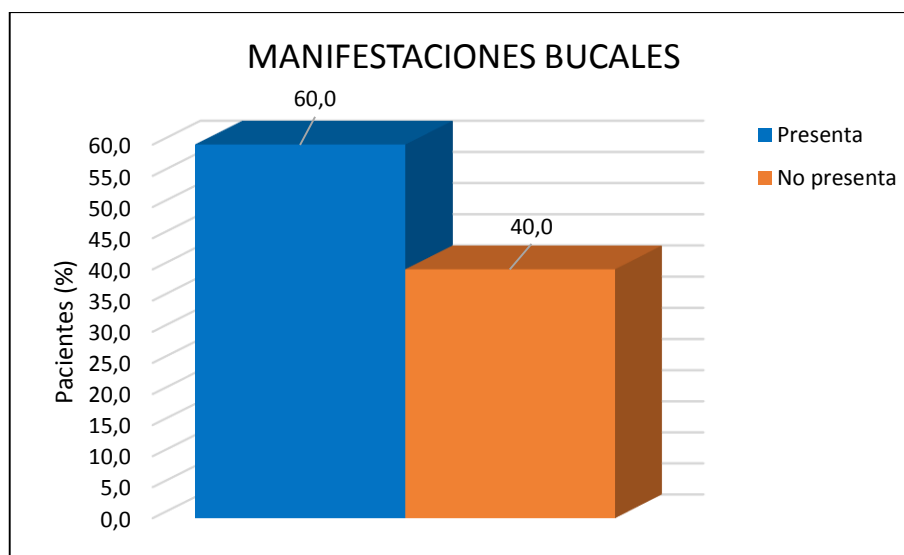
Manifestaciones bucales	Frecuencia	Porcentaje
Presenta	24	60,0
No presenta	16	40,0
Total	40	100,0

Fuente: Matriz de datos

Las manifestaciones bucales están presentes en el 60% de los pacientes.

GRÁFICO N° 04

MANIFESTACIONES BUCALES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN, TACNA – 2018



Fuente: Tabla N° 04

4.2. DISCUSIÓN

Las manifestaciones bucales en pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia fueron estudiadas por diversos autores internacionales como **Betancourt A. y Guillén I.¹⁰ (2007)**, **Vivanco E.¹¹ (Guayaquil)**; nacionales como **Fuentes S.¹³ (2003)**, **Cabezas F.⁵ (2010)**, **Santa Cruz M.¹² (Trujillo)** y un estudio realizado a nivel local por **Chipana E.¹⁴ (2015)**, todos ellos tratan de determinar la presencia de las manifestaciones más frecuentes.

En la presente investigación, los resultados nos indican que el 60% de los pacientes presentaron manifestaciones bucales secundarias al tratamiento oncológico de quimioterapia; resultados mayores fueron obtenidos por **Cabezas F.⁵ (2010)**, quien determinó que el 89,5% presentó alguna de las manifestaciones estomatológicas como resultado de la quimioterapia; de manera similar **Fuentes S.¹³ (2003)** concluye que la mayoría de los pacientes presentaron manifestaciones estomatológicas como resultado de la quimioterapia.

Respecto a la mucositis, el 7,5% de los pacientes la presentó; resultados mayores obtuvieron **Fuentes S.¹³ (2003)**, donde encuentra

en 60% mucositis oral; de manera similar **Cabezas F.⁵ (2010)**, encontró mucositis en el 47,4%; también **Vivanco E.¹¹ (2015)**, obtuvo que el 33% de los casos analizados presentó mucositis oral; al igual que **Santa Cruz M.¹² (2016)**, donde 88,9% de los pacientes presentaron mucositis; así mismo **Chipana E.¹⁴ (2015)**, halló la presencia de mucositis en el 55% de pacientes.

En nuestro estudio, la mucositis grado 2, según la escala de valoración de la OMS, fue la única que predominó en el 7,5% de los pacientes, estos resultados son similares a los obtenidos por **Chipana E.¹⁴ (2015)**, donde el grado 2 se presentó más, pero con resultados mayores 40%, seguida del grado 1 en 15% de pacientes y son diferentes a los que obtuvo **Cabezas F.⁵ (2010)**, donde encontró mayor frecuencia en la mucositis grado 1 con un 26,3%, seguida por la de grado 2 en el 15.8%.

En el presente estudio, se halló que el 22,5% presentó un flujo salival reducido y 2,5% presentó hipo salivación; resultados mayores obtuvo **Cabezas F.⁵ (2010)**, donde encontró una variación de flujo salival en el 47,4%; de igual forma **Chipana E.¹⁴ (2015)**, resuelve que el 60% presentó una variación del flujo salival. Por el contrario,

resultados menores a los nuestros presentó **Vivanco E.¹¹ (2015)**, donde el 17% presentó Xerostomía.

En este estudio, la disgeusia se presentó en el 50% de pacientes; resultados menores obtuvo **Vivanco E.¹¹ (2015)**, donde sostuvo que el 25% de los pacientes presentó alteración en el sentido del gusto; en cambio resultados mayores obtuvo **Betancourt A. y Guillén I.¹⁰ (2007)**, cuya pérdida del sentido del gusto (Disgeusia) se presentó en el 80%; de la misma forma, **Fuentes S.¹³ (2003)**, quien halló un 77% de disgeusia en pacientes; al igual que **Cabezas F.⁵ (2010)** sostuvo que presentaron disgeusia el 73,7%; del mismo modo **Santa Cruz M.¹² (2016)**, halló 77,8% de disgeusia; también **Chipana E.¹⁴ (2015)**, determinó que el 80% presentó disgeusia.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Se presentó 60% de pacientes con manifestaciones bucales secundarias al tratamiento oncológico de quimioterapia.

SEGUNDA

La mucositis grado 2 fue la única manifestación que se presentó en 7,5% de pacientes, durante la primera a la quinta sesión de quimioterapia.

TERCERA

El flujo salival reducido se presentó en 22,5% e hipo salivación en 2,5% de pacientes, durante la primera a la décima sesión de quimioterapia.

CUARTA

La disgeusia se presentó en 50% de pacientes, durante la primera a la quinceava sesión de quimioterapia.

RECOMENDACIONES

- Difundir los resultados para que el odontólogo pueda dar indicaciones y/o recomendaciones antes, durante y después del tratamiento al paciente que recibe quimioterapia, en favor de mejorar su calidad de vida.
- A los estudiantes de la carrera profesional de odontología, realizar estudios en donde se evalúen a pacientes con un mismo diagnóstico y esquemas de tratamientos similares para determinar la relación entre el tipo de fármaco y las manifestaciones bucales.
- Realizar estudios en donde se compare la frecuencia de las manifestaciones bucales en pacientes que reciben quimioterapia, radioterapia y pacientes con quimioterapia-radioterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zaharia M. El cáncer como problema de salud pública en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30(1).
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. [internet]; 2018 [consultado 2018 diciembre 12]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú. Lima: MINSA, Dirección General de Epidemiología.
4. DiresaTacna. Estilos de vida saludables y detección precoz ayudan a prevenir el cáncer. [internet]; 2019 [consultado 2019 noviembre 11]. Disponible en: <http://www.diresatacna.gob.pe/nuevo/detallenoticia.php?d=163>.
5. Cabezas FJ. Características orales secundarias al tratamiento de quimioterapia. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.

6. Ortiz A, López S, Ochoa H. Manejo odontológico de las complicaciones orales. Revista ADM. 2016; 73(1).
7. Rabassa J, Abril L, González Y. Complicaciones orales en el paciente oncológico pediátrico. Odontología Pediátrica. 2011; 19(2).
8. NIH. El cáncer. [internet]; 2018 [consultado 2019 enero 4]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>.
9. Liliana H. Posibles efectos profilácticos del té verde en mucositis por tratamiento quimioterápico. [Tesis]. Buenos Aires: Universidad Nacional de la Plata; 2013.
10. Betancourt AI, Guillén IS. Alteraciones orales en pacientes adultos con cáncer bajo tratamiento de quimioterapia. [Informe de Investigación]. Valencia: Universidad de Carabobo; 2007.
11. Vivanco E. Efectos en la cavidad bucal de pacientes sometidos a quimioterapia. [Tesis]. Guayaquil: Universidad De Guayaquil; 2015.

12. Santa Cruz M. Prevalencia de efectos colaterales y reacciones adversas de la quimioterapia. [Tesis]. Trujillo: Universidad Católica De Santa María; 2016.
13. Fuentes S. Manifestaciones estomatológicas en pacientes con cáncer. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
14. Chipana EP. Características orales patológicas en pacientes con tratamiento oncológico de quimioterapia Tacna. [Tesis]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2015.
15. Zuluaga C y cols. Manual de oncología. Procedimiento médico quirúrgicos. México: Mc Graw Hill; 2013. p. 174-182.
16. Rizzo T, Cloos R, Alic M. The Gale encyclopedia of cancer: a guide to cancer and its treatments. USA: Gale, Cengage Learning; 2015. p. 27-30.
17. C. Perry M. Principles of Chemotherapy. 5^a ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
18. Morales RA, Sierra L, Triana A. Cardiotoxicidad inducida por quimioterapia. CorSalud. 2018; 10(1).

19. Nava EL, Escobar M. Fundamentos de Oncología. México; 2009. p. 82-88.
20. DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, editores. Cáncer : principles & practice of oncology. 10ª ed. USA: Wolters Kluwer; 2015.
21. Solidoro A. Apuntes de cancerología. 2ª ed. Lima: Hozlo S.R.L; 2005.
22. Granados M, Arrieta OG, Hinojosa J. Oncología médica, quirúrgica y radioterapia. 1ª ed. México: El Manual Moderno; 2016.
23. Hilal R, L. Brunton L, editores. Quimioterapia de enfermedades neoplásicas. México: McGraw-Hill; 2015. p. 1077-1155.
24. Martínez BL, Cruz ME y cols. Estomatotoxicidad bucal inducida por quimioterapia. Revista Odontológica Mexicana. 2014; 18(2).
25. Ferreiro J, García JL, Barceló R, Rubio I. Quimioterapia: efectos secundarios. Gaceta Médica de Bilbao. 2003; 100(2).

26. Villamil A. Estrategias de manejo de mucositis oral en el paciente con cáncer en tratamiento de quimioterapia. [Tesis]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2011.
27. Screebny L. Saliva in health and diseases: an appraisal and update. *International Dental Journal*. 2000; 50(3).
28. Mora D y cols. Evaluación de terapias alternativas en mucositis oral experimental. *Avances en odontoestomatología*. 2016; 32(6).
29. Sonis ST. A biological approach to mucositis. *The journal of supportive oncology*. 2004; 2(1).
30. De la Torre F, Alfaro C. Terapia de láser de baja potencia en mucositis oral. *Rev. Estomatológica Herediana*. 2016; 26(1).
31. WHO. WHO handbook for reporting results of cancer treatment. Geneva: World Health Organization.48.
32. Liébana J. Microbiología oral. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002.

33. Chamilco AS. Variación del PH y flujo salival durante el periodo gestacional en embarazadas de un servicio asistencial público. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
34. Marques MS. Estudio clínico de pacientes con síndrome de boca ardiente: xerostomía, flujo salival, medicamentos, ansiedad y depresión. [Tesis]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2003.
35. García B. Prevalencia de los efectos orales secundarios a la quimioterapia en un hospital de Madrid y factores asociados. [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2019.
36. Rascón A y cols. Alteraciones del gusto en pacientes con cáncer de mama sometidas a tratamiento quimioterapéutico del Hospital General de México. Salud y Administración. 2016; 3(8).
37. Cáncer Net. Cambios en el gusto. [internet]; 2018 [consultado 2019 septiembre 9]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/efectos-f%C3%ADsicos-emocionales-y-sociales-del-c%C3%A1ncer/manejo-de-los-efectos-secundarios-f%C3%ADsicos/cambios-en-el-gusto>.

38. Rodríguez M, Sabater M, López J, Chimenos E. Manifestaciones orales secundarias al tratamiento oncológico. Pautas de actuación odontológica. Avances en Odontoestomatología. 2006; 22(6).
39. Díaz LM, Castellanos JL, Gay O. Manejo odontológico del paciente que recibe quimioterapia. Revista ADM. 2003; 60(5).
40. Montero S, Reyes M, Cifuentes J. Complicaciones Orales del Tratamiento No Quirúrgico del Cáncer de Cabeza y Cuello. Revista Dental de Chile. 2002; 93(3).
41. Lanza DG. Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico. Parte I. Odontoestomatología. 2011; 13(17).
42. Rocha A, Jojoa A. Manejo odontológico de las complicaciones orales secundarias al tratamiento oncológico con quimioterapia y radioterapia. Revista CES Odontología. 2011; 24(2).
43. Reñones C, Vena C, Fernández D. Salud Bucal en el Paciente Oncológico. Barcelona: Sociedad Española de Enfermería Oncológica.

44. Alonso P y cols. Prevención y tratamiento de la mucositis en el paciente onco-hematológico. *Farmacia Hospitalaria*. 2001; 25(3).
45. Ortiz A, López S, Ochoa H. Manejo odontológico de las complicaciones orales como resultado de la terapia contra el cáncer. *Revista ADM*. 2016; 73(1).
46. Browder R. *Fisiopatología*. México: El Manual Moderno; 2012. p. 72-108.
47. Prieto B. Diferencias en la percepción de la toxicidad del tratamiento quimioterápico en cáncer de mama y su influencia en la calidad de vida relacionada con la salud. [Tesis]. Huelva: Universidad de Huelva; 2015.

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

CARTA DE PRESENTACIÓN

N° 055-2017-FACS-UNJBG

Tacna, 21 de diciembre del 2017

Señor:

Dr. PAULO CESAR GORDILLO MAYDANA
Gerente de la Red Asistencial de EsSALUD
TACNA

**ASUNTO : PRESENTACIÓN DE EGRESADA DE LA E.P. DE ODONTOLOGÍA-
FACILIDADES EJECUCIÓN DE TESIS**

Es grato dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo y, a la vez, presentar a la Srta. **MELANY DEL PILAR CONDORI ESCOBAR**, egresada de la Escuela Profesional de Odontología, quien para la ejecución de su Proyecto de Tesis titulada: **MANIFESTACIONES ORALES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III, TACNA 2018**, requiere se le brinde las facilidades del caso, con la finalidad de cumplir con lo programado; para lo cual este Decanato, solicita a su Representada, se sirva disponer lo indicado.

Se expide la presente, a solicitud de la interesada, por lo que desde ya le agradezco su gentil colaboración.

Atentamente,



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
Dra. Mayra Dalila Salas de Cornejo
DECANA
TACNA

Isabel P.

ANEXO 2

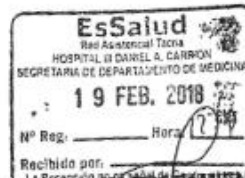
AUTORIZACIÓN

 **EsSalud**
Seguridad Social para todos

CARTA N° 006-CI-GRATA-EsSalud-2018

Tacna, febrero 16, 2018

Sr:
Dr. JESÚS DELGADO IRIARTE
Coordinador de Oncología Médica
Red Asistencial Tacna
Presente



Asunto: **EVALUACIÓN DE PROYECTO
"MANIFESTACIONES ORALES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO
ONCOLÓGICO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN III, TACNA 2018"**

Ref: Directiva N° 025-GG-ESSALUD-2008
Directiva N° 04 - IETSI - ESSALUD - 2016
Resolución N° 027-IETSI-ESSALUD-2016
Formato N° 01: Evaluación de Proyectos de Investigación

Es muy grato dirigirme a usted para saludarlo y a la vez manifestarle que con relación al documento de la referencia el Comité de Investigación de la Red Asistencial Tacna, luego de la revisión, ha considerado la autorización del Proyecto de Investigación del asunto de la referencia.

En tal sentido, solicito a usted brindarle las facilidades a la investigadora Srta. Melany del Pilar Condori Escobar egresada de la Escuela Profesional de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, teniendo como asesor de Essalud al Dr. Cirujano Dentista Juan Walther Maque Guerra, a fin de que cumpla con el acopio de información del área correspondiente a dicha labor, así como garantice el envío de las conclusiones de dicha investigación a este Comité.

Cabe mencionar que esta evaluación está sujeta a las disposiciones contenidas en la normativa vigente de la Institución para investigación en Essalud (Directiva N° 025-GG-ESSALUD-2008, Directiva N° 04 - IETSI - ESSALUD - 2016, Resolución N° 027-IETSI-ESSALUD-2016)

Sin otro particular, agradezco la atención a la presente.

Atentamente,


Red Asistencial Tacna
HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
Dr. NESTOR FLORES VALDEZ
PRESIDENTE
Red Asistencial Tacna

NPV/kbd
Cc: Archivo

www.essalud.gob.pe

Red Asistencial Tacna
Carretera Calaña K. 6.5
Tacna - Peru
T. (052) 580280

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO,....., de..... años de edad y con DNI nº....., manifiesto que he sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer el examen clínico oral que me realicen para cubrir los objetivos del Proyecto de Investigación titulado: MANIFESTACIONES ORALES AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III, TACNA 2018

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos. La presente ficha es libre y voluntaria.

Tomando ello en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que este examen tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

FECHA: _____

FIRMA: _____

ANEXO 4

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha:

Nro. de Ficha:.....

Nro. de sesión:.....

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____

Sexo: (F) (M)

GRADO DE MUCOSITIS (Según la OMS)

GRADO DE MUCOSITIS	DESCRIPCIÓN
0	Sin cambios
1	Dolor bucal, eritema
2	Eritema, úlceras; puede comer sólidos
3	Úlceras, requiere solo dieta líquida
4	La alimentación no es posible

FLUJO SALIVAL (Flujo salival en reposo)

VOL. SALIVAL EN REPOSO (ML/MIN)	MARCAR
Normal $\geq 0,3$ ml/min	
Reducido $0,1 < y < 0,3$ ml/min	
Hipo salivación $\leq 0,1$ ml/min	

DISGEUSIA

¿Ha percibido usted algún cambio en el gusto cuando ingiere sus alimentos?

(Si) (No)

ANEXO 5

INFORMES DE OPINIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ESTUDIOS "JORGE BASADRE GROHMMANN"
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
INFORME DE OPINION DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Condori: Desispe Lejander
 1.2 Grado académico: Maestra en Odontología
 1.3 Cargo e institución donde labora: U.N.E.S.TACNA
 1.4 Nombre del instrumento: **"MANIFESTACIONES ORALES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III, TACNA-2018"**.
 1.5 Autor del instrumento: **BACH. MELANY DEL PILAR CONDORI ESCOBAR**

1.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS: CUALITATIVO CUANTITATIVO	Deficiente (01-09)	Regular (10-11)	Buena (12-15)	Muy Buena (15-18)	Excelente (18-20)
1. CLARIDAD	Está formulada con lenguaje apropiado			✓		
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observadas			✓		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología			✓		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica			✓		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.			✓		
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos de las estrategias del nuevo enfoque de la educación educacional				✓	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la Educación Tecnología.			✓		
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y las dimensiones.			✓		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				✓	
10. CONVENIENCIA	Adecuando para resolver el problema			✓		
11. PLAUSABILIDAD	Genera nuevas pautas para construir una teoría.			✓		
PROMEDIO DE VALORACIÓN CUANTITATIVA						

- a) Valoración cuantitativa: (Total x0.4): 15
 b) Valoración cualitativa: Buena
 c) Opinión de aplicabilidad: Aplicable

Lugar y fecha: _____
 Firma: [Firma]
 Nombre: c.d. Melany del Condori D.
 DNI N°: 9110863
 Teléfono: _____

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ESTUDIOS "JORGE BASADRE GROHMMANN"
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
INFORME DE OPINION DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION**

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Alarico Cohaila, Luis Alberto
 1.2 Grado académico: Doctor en Ciencias de la Salud
 1.3 Cargo e institución donde labora: Docente Pre y Post Grado UNJBG Tacna
 1.4 Nombre del instrumento: **"MANIFESTACIONES ORALES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III, TACNA-2018"**.
 1.5 Autor del instrumento: **BACH. MELANY DEL PILAR CONDORI ESCOBAR**

1.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS: CUALITATIVO CUANTITATIVO	Deficiente (01-09)	Regular (10-11)	Buena (12-15)	Muy Buena (15-18)	Excelente (18-20)
1. CLARIDAD	Está formulada con lenguaje apropiado				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observadas				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos de las estrategias del nuevo enfoque de la educación educacional				✓	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la Educación Tecnología.				✓	
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y las dimensiones.				✓	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				✓	
10. CONVENIENCIA	Adecuando para resolver el problema				✓	
11. PLAUSABILIDAD	Genera nuevas pautas para construir una teoría.				✓	
PROMEDIO DE VALORACIÓN CUANTITATIVA						

- a) Valoración cuantitativa: (Total x0.4): 16
 b) Valoración cualitativa: Muy buena
 c) Opinión de aplicabilidad: Aplicable

Lugar y fecha: 5 de Marzo 2018.
 Firma: [Firma]
 Nombre: Luis Alberto Alarico Cohaila
 DNI N°: 80415283
 Teléfono: 992 745028

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ESTUDIOS "JORGE BASADRE GROHMANN"
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
INFORME DE OPINION DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION**

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Flr. Robinson Melit Suid
 1.2 Grado académico: Escuela de Odontología
 1.3 Cargo e institución donde labora: Docente
 1.4 Nombre del instrumento: **"MANIFESTACIONES ORALES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III, TACNA-2018"**.
 1.5 Autor del instrumento: **BACH. MELANY DEL PILAR CONDORI ESCOBAR**

1.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS: CUALITATIVO CUANTITATIVO	Deficiente (01-09)	Regular (10-11)	Buena (12-15)	Muy Buena (15-18)	Excelente (18-20)
1. CLARIDAD	Está formulada con lenguaje apropiado				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observadas				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos de las estrategias del nuevo enfoque de la educación educacional				✓	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la Educación Tecnología.				✓	
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y las dimensiones.				✓	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				✓	
10. CONVENIENCIA	Adecuado para resolver el problema				✓	
11. PLAUSIBILIDAD	Genera nuevas pautas para construir una teoría.				✓	
PROMEDIO DE VALORACIÓN CUANTITATIVA						

- a) Valoración cuantitativa: (Total x0.4): 16
 b) Valoración cualitativa: Muy buena
 c) Opinión de aplicabilidad: Aplicable

Lugar y fecha: _____
 Firma: _____
 Nombre: Melany del Pilar Condori Escobar
 DNI N°: 40683926
 Teléfono: 931891502

ANEXO 6

CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DE TESIS

CONSTANCIA

Mediante el presente se hace constar que la señorita bachiller, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Odontología, Melany Del Pilar Condori Escobar, identificada con DNI N° 75401124 y con código de matrícula N° 2012-36743, ha realizado su tesis en los ambientes del Dpto. de Oncología, titulada **“MANIFESTACIONES ORALES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION III, TACNA 2018”**, durante los meses de marzo hasta el mes de mayo del presente año.

Se extiende la presente constancia para fines relacionados a su presente tesis.

Atentamente.

Dr. Jesús Delgado Iriarte

Coordinador de Oncología Médica
Hospital III Daniel A. Carrión



ANEXO 7
ICONOGRAFÍA



Fotografía N° 01: Hospital III Daniel Alcides Carrión



Fotografía N° 02: Evaluación clínica Intraoral



Fotografía N° 03: Jeringa de 10ml con muestra de saliva recolectada, adaptado en la parte inferior con un tapón.



Fotografía N° 04: Paciente con presencia de mucositis grado 2 en labio inferior y ventral de la lengua.



Fotografía N° 05: Paciente con presencia de mucositis grado 2 en lengua.

ANEXO 8

MATRIZ DE DATOS

Paciente	Nro. de sesión	Mucositis		Flujo salival			Disgeusia		Manifestaciones bucales	
		NP	P	Normal	Reducido	Hipo salivación	NP	P	NP	P
			Grado OMS							
1	4	X	-	X	-	-	X	-	X	-
2	4	X	-	X	-	-	X	-	X	-
3	5	X	-	X	-	-	X	-	X	-
4	2	X	-	X	-	-	-	X	-	X
5	6	X	-	-	X	-	-	X	-	X
6	4	X	-	X	-	-	X	-	X	-
7	9	X	-	X	-	-	X	-	X	-
8	5	X	-	X	-	-	-	X	-	X
9	1	X	-	X	-	-	X	-	X	-
10	3	X	-	-	X	-	-	X	-	X
11	2	X	-	-	X	-	X	-	-	X
12	5	X	-	X	-	-	X	-	X	-
13	12	X	-	X	-	-	-	X	-	X
14	10	X	-	X	-	-	-	X	-	X
15	2	X	-	X	-	-	X	-	X	-
16	5	X	-	X	-	-	-	X	-	X
17	2	X	-	-	X	-	X	-	-	X
18	2	X	-	X	-	-	X	-	X	-
19	3	X	-	-	X	-	X	-	-	X
20	14	X	-	X	-	-	X	-	X	-
21	2	X	-	-	X	-	-	X	-	X
22	4	X	-	X	-	-	-	X	-	X
23	6	-	2	X	-	-	-	X	-	X
24	5	X	-	X	-	-	X	-	X	-
25	6	X	-	X	-	-	X	-	X	-
26	4	X	-	-	X	-	-	X	-	X
27	2	X	-	X	-	-	-	X	-	X
27	4	-	2	X	-	-	-	X	-	X
29	1	X	-	X	-	-	-	X	-	X
30	5	X	-	X	-	-	-	X	-	X
31	4	X	-	X	-	-	X	-	X	-
32	3	X	-	X	-	-	-	X	-	X
33	4	X	-	X	-	-	X	-	X	-

34	2	X	-	-	X	-	X	-	-	X
35	2	X	-	X	-	-	X	-	X	-
36	5	X	-	X	-	-	-	X	-	X
37	8	X	-	-	-	X	-	X	-	X
38	1	-	2	-	X	-	-	X	-	X
39	4	X	-	X	-	-	X	-	X	-
40	5	X	-	X	-	-	-	X	-	X

ANEXO 9

RESOLUCIÓN DE CAMBIO DE TÍTULO



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 8857-2018-FACS-UNJBG
Tacna, 17 de diciembre del 2018

VISTO:

El Oficio N° 441-2018-ESOD/FACS, recibido el 17.12.18, el Director de la Escuela Profesional de Odontología, solicitando la MODIFICACIÓN del título del proyecto de tesis, y presentado por la Bach. MELANY DEL PILAR CONDORI ESCOBAR, Y

CONSIDERANDO:

Que, mediante R.F. N° 7967-2018-FACS, de fecha 05.12.18, se designa al como asesor al C.D. Roysi Factor Vélez Toala, para el proyecto de tesis titulado: MANIFESTACIONES ORALES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III, TACNA 2018, presentado por la Bach. MELANY DEL PILAR CONDORI ESCOBAR;

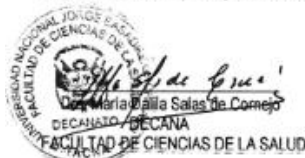
Que, a través del Oficio N° 441-2018-ESOD/FACS, recibido el 17.12.18, el Director de la Escuela Profesional de Odontología, solicita la MODIFICACIÓN del título del Informe Final presentado por la Bach. MELANY DEL PILAR CONDORI ESCOBAR, debiendo ser en adelante: MANIFESTACIONES BUCALES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL III DANIEL AL ALCIDES CARRIÓN, TACNA-2018, a sugerencia de su asesor y sus jurados;

De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. UNICO: MODIFICAR el Título del Proyecto de Tesis, presentado por la Bach. MELANY DEL PILAR CONDORI ESCOBAR, debiendo ser en adelante: **MANIFESTACIONES BUCALES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL III DANIEL AL ALCIDES CARRIÓN, TACNA-2018**, a sugerencia de su Asesor y su Jurado Dictaminador.

Regístrese, comuníquese y archívese.



DISTR. ESOD., INTERESADO, arch.



YDCBE/tr -

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria - Central Telefónica 583000 Anexo 2226 Casilla Postal 316.

ANEXO 10

PAUTAS DE MANEJO ODONTOLÓGICO

Es fundamental que el paciente oncológico acuda al odontólogo antes de iniciar el tratamiento, si el paciente ya hubiera iniciado la quimioterapia, el control y las supervisiones odontológicas pueden realizarse durante la misma, en los intervalos, o incluso después del tratamiento³⁸.

Debe establecerse un programa de citas de mantenimiento periódico, cada 4 ó 6 meses para ayudar a prevenir las complicaciones condicionadas por la terapia antineoplásica³⁹.

MANEJO ODONTOLÓGICO PREVIO AL INICIO DE LA QUIMIOTERAPIA

1. Examen odontológico completo⁴⁰.

- Valorar la higiene bucal del paciente y establecer de común acuerdo, una rutina de higiene oral sistemática y completa.

- La higiene bucal se debe realizar tres a cuatro veces por día, con el método Bass modificado, para limpieza del surco gingival, incluyendo la cara dorsal de la lengua.
- Enjuagar el cepillo en agua caliente cada 15 o 30 segundos durante el cepillado, esto ablanda el cepillo y reduce el riesgo de ocasionar trauma.
- Se debe cambiar el cepillo dental cada 2-3 meses, o cuando sus cerdas pierden forma y/o se doblan.
- Se puede usar solución salina al 0,9%, con o sin bicarbonato de sodio si el dentífrico produce irritación, complementar con el uso de hilo dental.
- Esta rutina de higiene oral se debe instalar un mes antes de la terapia oncológica para que el paciente se acostumbre a ella, la sistematice y luego se debe controlar su eficacia, así como también reforzar la motivación en cada consulta⁴¹.

2. Identificar trauma e injurias sobre los tejidos, tratarlas.

- Eliminar los bordes cortantes de obturaciones que irriten aún más la mucosa o que interfiera con el autocuidado del paciente⁴².

- Evaluar las prótesis removibles parciales o totales y ajustarlas en cuanto a su funcionamiento según sea necesario para reducir el riesgo de traumatismos; prótesis inadecuadas deben retirarse y no se recomienda hacer dentaduras inmediatas.
- Reforzar en el paciente las instrucciones de limpieza de sus aparatos protésicos³⁹.
- Se debe recordar que durante el tratamiento oncológico sólo se deben usar para alimentarse o salir a la calle⁴¹.
- Los aparatos ortodónticos deben ser retirados si el paciente tiene mala higiene oral y/o el protocolo quimioterápico conlleva riesgo de mucositis moderada o severa.

3. Eliminar potenciales sitios de infección⁴⁰.

- Erradicar la enfermedad periodontal.
- La exodoncia de dientes no recuperables por problemas pulpares, periodontales u oclusales y lesiones periapicales crónicas extensas deberán realizarse entre 4 y 6 semanas antes del tratamiento de quimioterapia⁴³.
- Para las extracciones se deben seguir las siguientes pautas: usar una técnica lo más atraumática posible, estrictamente aséptica,

realizar alveoloplastía si es necesario y regularización ósea, lograr cierre por primera intención.

- Las caries, infecciones de la pulpa y periapicales de origen dental deben eliminarse 14-21 días antes del comienzo de la terapia⁴¹.

MANEJO ODONTOLÓGICO DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA QUIMIOTERAPIA

1. Evitar cualquier maniobra invasiva en la cavidad oral. Antes de realizar un procedimiento invasivo, informar al oncólogo tratante.

- El tratamiento dental electivo debe posponerse hasta que el paciente entre en etapa de remisión de la neoplasia, o bien cuando los fármacos hayan sido suspendidos. Llevar a cabo procedimientos bucales invasivos en estas condiciones pone al paciente en un riesgo muy alto de que se presenten infecciones serias³⁹.

2. Examinar los tejidos blandos ante posibles lesiones e infecciones⁴⁰.

La mucositis provocada por la QT suele comenzar entre 7 y 10 días después de iniciarse la misma, es autolimitante si no está complicada

por infección, se cura entre 2 a 4 semanas después del cese de la QT dependiendo de la dosis y del citotóxico empleado, entre otros factores.

Los pacientes con neutropenia y mucositis tienen 4 veces más probabilidades de desarrollar septicemia⁴¹.

En el caso de la mucositis y de las úlceras orales producidas por la quimioterapia, el tratamiento es principalmente paliativo e incluye los siguientes pasos de autocuidado que básicamente consisten en mantener la boca húmeda, limpia y libre de placa a fin de prevenir cualquier infección o complicación a nivel periodontal⁴².

Según el grado de mucositis:

Grado 1: (Higiene bucal)

- Cepillado normal 4 veces al día.
- No usar enjuagues bucales que contengan alcohol debido a que secan la boca.

Grado 2: (Úlceras, estas pueden ser una o varias)

- Cambiar el dentífrico por uno menos agresivo, de protección (sensodyne).
- Enjuague bucal con solución salina, solución salina con bicarbonato de sodio o solución de bicarbonato de sodio (una cucharadita 5 mg aproximadamente en medio vaso de agua 100 mililitros aproximadamente) cuatro veces al día y sin deglutirla.
- Están totalmente prohibidos los colutorios con excipiente alcohólico³⁸.
- Evitar el uso de agua oxigenada, ya que impediría la granulación del tejido y su curación.
- Evitar alimentos que desencadenen dolor: ácidos, picantes y comidas calientes⁴⁴.
- En caso de dolor utilizar anestésicos tópicos como lidocaína al 2%, después del cepillado, instruir bien al paciente para evitar ingesta⁴².
- Usar las prótesis removibles sólo para alimentarse; limpiarlas dos veces al día con cepillo blando y enjuagarlas bien; dejar reposar en soluciones antimicrobianas cuando no están colocadas en boca; no

usarlas mientras se duerme y durante períodos de dolor oral considerable⁴¹.

Grado 3: (Úlceras extensas)

- No usar cepillo, solo gasa y/o algodón.
- Enjuague bucal con solución salina, solución salina con bicarbonato de sodio o solución de bicarbonato de sodio.
- Prohibido el uso de agua oxigenada (no favorece la granulación), alimentos (calientes, ácidos y salados), hábitos (fumar y el consumo de alcohol), pues tales empeoraran la sensación de dolor⁴².
- Procurar la ingestión de una dieta blanda e incrementar el aporte de líquidos fríos y nutritivos⁴⁴ (los cubitos de hielo suelen aliviar el dolor).
- Las prótesis removibles deben mantenerse fuera de la boca hasta que la mucositis haya cicatrizado³⁸.

Grado 4: (Bajo supervisión médica, requiere hospitalización)

3. Examinar el estado periodontal y dental.⁴⁰

- El control periodontal es importante ya que podría ser una vía de entrada principal de microorganismos y una posible septicemia⁴¹.

4. Reforzar la instrucción de higiene oral.

- La higiene oral debe ser periódica y sistemática.
- Se aconseja que, tras ser utilizado, se sumerja el cepillo dental en una solución de clorhexidina al 0,12% y se aclare con agua destilada o suero salino estéril antes de su reutilización³⁸.
- Siempre que sea posible, el cepillado será prioritario, excepto en los pacientes que presenten parámetros hematológicos alterados. Es importante destacar que los pacientes con leucopenia y/o plaquetopenia deben suspender el cepillado y el uso de la seda dental para evitar producir una infección, debiendo cambiar esta práctica de autocuidado por el uso de gasas impregnadas de bicarbonato de sodio disuelto en agua para una adecuada higiene oral⁴².

5. Tratamiento de boca seca y otras complicaciones.

En el paciente con xerostomía los cuidados principales son⁴⁴:

- Higiene bucal sistemática como mínimo 4 veces al día.
- Cepillado con pasta dental fluorada.
- Enjuagar con solución salina y/o bicarbonato sódico (de 4 a 6 veces al día) para limpiar, lubricar los tejidos de la boca y neutralizar el medio bucal.
- Evitar alimentos y líquidos con alto contenido de azúcar.
- Mantener una buena hidratación de la mucosa oral mediante una ingesta hídrica adecuada.
- No se recomienda el uso de la vaselina en los labios, por su intenso efecto de sequedad posterior³⁸.
- Para inducir el flujo salival se pueden utilizar estímulos táctiles y gustativos, como es el empleo de goma de mascar libre de azúcar⁴⁵.
- Puede requerir tratamiento con saliva artificial o pilocarpina oral⁴⁴.

En pacientes que presenten distorsión del sabor (efecto generalmente reversible), la pauta a seguir es la siguiente:

- Mantener una buena ingesta nutricional⁴⁵.

6. Prevenir el desarrollo de trauma a nivel de las mucosas.

- Evitar el uso continuado de prótesis removible y reforzar en el paciente las instrucciones de limpieza de sus aparatos protésicos⁴³.

MANEJO ODONTOLÓGICO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE LA QUIMIOTERAPIA³⁸.

- Tras la finalización del tratamiento oncológico, no debe olvidarse el cuidado y mantenimiento de la cavidad bucal.
- No se recomienda realizar ninguna intervención odontológica agresiva (exodoncias fundamentalmente) hasta pasados 6 meses de finalizar la quimioterapia.
- Para el tratamiento de las caries, aparte de las obturaciones y la correcta higiene oral, es conveniente realizar fluorizaciones en consulta (con flúor al 1,23% en cubetas), durante varios meses.
- Se recomienda una dieta baja en hidratos de carbono y en alimentos ácidos, picantes o ásperos.