

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA  
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL  
AL PACIENTE DE RIESGO QUIRÚRGICO**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en  
Ciencias Estomatológicas

**MARIBEL DE LAS MERCEDES BASTARRECHEA MILIÁN**

**La Habana**

**2021**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA  
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL  
AL PACIENTE DE RIESGO QUIRÚRGICO**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en  
Ciencias Estomatológicas

Autora: Dra. Maribel de las Mercedes Bastarrechea Milián, MSc  
Tutor: Prof. Tit. Dra. Denia Morales Navarro, DrC  
Cotutor: Prof. Tit. Dr. Félix Companioni Landín, DrCs

**La Habana**

**2021**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi tutora, Dra. Denia Morales Navarro, que me mostró el mejor camino.

Al Dr. Félix Companioni Landín por su ejemplo inspirador de estudio y trabajo.

A mi hada madrina, Dra. María Caridad Barciela González Longoria, que a través de los años me ha brindado su incondicional ayuda con su único y característico toque mágico.

A la Dra. Ileana Quiñones La Rosa, por su amistad, conocimientos, consejos y ayuda inestimable.

Al Dr. Agustín Rodríguez Soto, que siempre tuvo tiempo para mí.

Al Dr. Andrés Pérez Ruiz, que me enseñó, que no es llegar, sino saber llegar, aun no sé si lo he logrado.

Al Profesor Joaquín Urbizo Vélez que con meticulosidad y empeño me dedicó con placer su reducido tiempo.

A los especialistas médicos y estomatólogos, que en medio de tantas cosas me dieron un importante espacio.

A las compañeras de la biblioteca, Yazué, Grisel, Orieta y Mayliu, que minimizaron mis angustias con la tecnología.

A las profesoras María Victoria Monteagudo Benítez y Elisabeth Erley Frade Pérez, que me apoyaron en el momento oportuno y me aportaron optimismo.

A los profesores de la facultad que con sus criterios de expertos mejoraron este proyecto.

A mi compañero y amigo anónimo que no le gusta que le agradezca.

A Jorgito, que con desinterés total le dio color a los algoritmos.

A Viridiana, mi compañera de toda la vida.

A los compañeros de mi departamento EGI, con especiales agradecimientos a las Doctoras Deisy Suárez Zafra, Maillorys Ruano y Marilys Virgen Echavarría.

A la Dra. Milay Justo que me aportó sus experiencias.

A la Dra. Zuilen Jiménez que con el detalle, colaboró en este trabajo.

A Margarita y a Papón, por atenuar el estrés en importantes días.

A Joel por su paciencia infinita.

*A mis hijos Ingrid y Erick como muestra que ningún esfuerzo  
por estudiar es en vano.*

*A mi nieto Rafael, la luz que ilumina mis días.*

*A mis padres, motores impulsores de mi vida.*

## **SÍNTESIS**

Reducir la variabilidad de los procesos asistenciales mediante el desarrollo de técnicas que disminuyan los riesgos y aumenten la seguridad en los pacientes es una necesidad en la actualidad. En tal sentido, con esta investigación se propuso diseñar un protocolo de atención de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico. Se realizó una investigación de desarrollo e innovación tecnológica en escenarios descentralizados de la Facultad de Estomatología de la Habana. Se efectuó un estudio descriptivo del estado del arte, el diagnóstico de la situación actual, el análisis y presentación de la propuesta y la validación del citado instrumento. Se utilizó un enfoque mixto de la investigación en salud. El protocolo parte de la clasificación elaborada, incluyó un modelo de registro de especificaciones adicionales, la clasificación del riesgo del paciente y la selección del tratamiento de acuerdo a la condición establecida. A las actividades más relevantes del protocolo se les confirieron los criterios utilizados para determinar el nivel de la evidencia y de recomendación. El protocolo fue validado por el criterio de expertos, a través de estudio piloto y por el instrumento AGREE II. Estas evaluaciones permitieron considerar el protocolo muy recomendado para su uso en la práctica.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>CONTENIDOS</b>		<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>		<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO</b>		
I.1	Definiciones y clasificaciones de pacientes especiales y de riesgo quirúrgico	12
I.2	Enfermedades de riesgo quirúrgico y su influencia en la atención estomatológica integral	16
	I.2.1. Enfermedades cardiovasculares	16
	I.2.2. Enfermedades endocrinas	17
	I.2.3. Enfermedades hematológicas	19
	I.2.4. Enfermedades renales	20
	I.2.5. Enfermedades oncológicas	22
	I.2.6. Enfermedades respiratorias	23
	I.2.7. Las enfermedades gastrointestinales	24
I.3	Enfoque de diferentes estimaciones de riesgo quirúrgico y su relación en el tratamiento estomatológico	26
I.4	Documentos para la estandarización de la práctica clínica	30
Conclusiones del capítulo I		33
<b>CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO</b>		
II.1	Clasificación y contexto de la investigación	36
II.2	Etapas de la investigación	36
	II.2.1. Primera etapa. Clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica	36
	II.2.1.1 Caracterización de los expertos	37

	II.2.1.2. Validación de la clasificación	38
	II.2.2. Segunda etapa. Fase I	38
	II.2.2.1. Obtención de la información	38
	II.2.2.1.1. Revisión de historias clínicas	39
	II.2.2.1.2. Observación	40
	II.2.2.1.3. Discusión de grupo	40
	II.2.2.1.4. Encuesta	41
	II.2.2.1.5. Operacionalización de las variables	41
	II.2.3. Segunda etapa. Fase II	42
	II.2.3.1. Concerniente a la caracterización de la bibliografía relacionada con la atención a pacientes de riesgo quirúrgico	42
	II.2.3.2. Evaluación de la literatura científica	43
II.3	Tercera etapa. Diseño del protocolo para la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico	44
	II.3.1. Fase I. Preparatoria o propedéutica	44
	II.3.2. Fase II. Elaboración del protocolo	45
	II.3.2.1. Definición de la estructura del protocolo y su contenido	45
	II.3.2.2. Competencia de los especialistas	45
	II.3.2.3. Etapas de la práctica basada en las evidencias ejercidas	46
	II.3.2.4. Operacionalización de las variables	46
II.4	Validación del protocolo	47
	II.4.1. Validación del contenido del protocolo	47
	II.4.2. Validación en la práctica. Estudio piloto	48

	II.4.3. Evaluación metodológica del protocolo según el instrumento AGREE II	52
	II.4.4.Operacionalización de las variables	53
II.5	Otras técnicas de procesamiento y análisis de la información	54
II.6	Consideraciones éticas	54
Conclusiones del capítulo II		55
<b>CAPÍTULO III. RESULTADOS</b>		
III.1	Resultados de la Primera etapa. Clasificación de pacientes especiales y de riesgo quirúrgico según sus requerimientos en la atención estomatológica	57
	III.1.1. Resultados de la caracterización de los expertos	57
	III.1.2. Resultados de la validación de la clasificación	58
III.2	Resultados de la Segunda etapa. Fase I. Relacionada con la descripción de la actuación del Estomatólogo General Integral durante la atención al paciente de riesgo quirúrgico	60
	III.2.1. Resultados de la revisión de las historias clínicas y la observación	61
	III.2.2. Resultados del análisis de contenido de la técnica de discusión de grupo	63
	III.2.3. Resultados de la encuesta a pacientes	63
	III.2.4. Resultados de la Segunda etapa. Fase II. Caracterización de la bibliografía relacionada con la atención a pacientes de riesgo quirúrgico	66
	III.2.4.1.Resultado de la lectura crítica	66
	III.2.4.2. Evaluación según la estructura definida para la elaboración de Protocolos	68
III.3	Resultados de la Tercera etapa. Diseño del protocolo para la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico	68



	III.3.1. Resultado de la estructura del protocolo	68
	III.3.2. Definición del contenido y redacción del protocolo	69
III.4	Resultados de la validación del protocolo	72
	III.4.1. Resultado del análisis del contenido del documento	72
	III.4.1.2. Resultado de la caracterización de los expertos	72
	III.4.1.3. Resultados cuantitativos de la aplicación del método de expertos	73
	III.4.1.4. Redacción del documento definitivo	75
	III.4.2. Resultados del estudio piloto	75
	III.4.2.1. Resultado de la evaluación en la práctica de la ejecución del protocolo	77
	III.4.2.2. Resultados de la evaluación metodológica del protocolo según el instrumento AGREE II	78
Conclusiones de capítulo III		79
<b>CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>		
IV. 1	Discusión de los resultados de la clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica	81
IV.2	Discusión de los resultados de la descripción de la actuación del Estomatólogo General Integral durante la atención al paciente de riesgo quirúrgico	82
	IV.2.1. Discusión de los resultados de la caracterización de la bibliografía relacionada con la atención a pacientes de riesgo quirúrgico	89
IV.3	Discusión de los resultados del diseño del protocolo para la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico	90
IV.4.	Validación del protocolo	91
	IV.4.1. Discusión de los resultados del criterio de expertos	91

	IV.4.2. Discusión de los resultados del estudio piloto	92
	IV.4.2.1. Discusión de los resultados de la evaluación en la práctica de la ejecución del	94
	IV.4.2.2. Discusión de los resultados de la evaluación metodológica del protocolo según el instrumento AGREE II	96
Conclusiones de capítulo IV		98
<b>CONCLUSIONES</b>		99
<b>RECOMENDACIONES</b>		100
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>		
<b>ANEXOS</b>		
<b>PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA AUTORA</b>		

## **INTRODUCCIÓN**

Unos de los objetivos fundamentales de la práctica estomatológica cubana es la atención integral a la población, para ello el estomatólogo, sobre la base científica de sus conocimientos pone y lleva a la práctica las acciones propuestas por el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral<sup>1</sup>, reconocido en todo el país, accesible y diseñado para ejecutarlo a través de las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Contempla la atención al individuo, la familia y la comunidad, a través de grupos priorizados que se establecen por determinadas características de los pacientes. Dentro de estos grupos están los pacientes con enfermedades crónicas, que según su estado clínico y condiciones de salud son identificados como individuos que presentan riesgos y complicaciones a lo largo de todo el período, antes, durante y después, de un proceder quirúrgico.<sup>2</sup>

La revisión sistemática y crítica del tema permite plantear que la atención de estos pacientes constituye un reto para los estomatólogos, por el conocimiento que deben tener que le permita evaluar correctamente al paciente al tener en cuenta factores de riesgo asociados a sus comorbilidades.<sup>3</sup> A su vez, los avances en el campo de la salud permiten que la mayoría de los pacientes, con una gran variedad de enfermedades sistémicas, se presenten de manera ambulatoria a la consulta estomatológica en busca de salud bucal, lo cual implica que se haga un buen diagnóstico, pronóstico y planificación integral del tratamiento. La salud de los pacientes con compromiso sistémico toma cada día más importancia en el tratamiento estomatológico. Es innegable que los progresos científicos y tecnológicos han incrementado la calidad de los servicios de salud, como resultado un mayor número de personas sobrevive a enfermedades que antes eran mortales.<sup>4</sup> Esto, asociado al fenómeno denominado

transición demográfica en que sociedades jóvenes con altas tasas de natalidad y mortalidad transitan a sociedades envejecidas,<sup>5</sup> producirá un crecimiento en el número de personas que soliciten cuidados estomatológicos, dando lugar a un aumento de los pacientes que presentarán riesgos que influyan en su salud general y en la aparición de enfermedades bucales, debiendo ser considerados estos aspectos, previo al tratamiento estomatológico.<sup>4,6</sup>

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) serían responsables del 60 % del daño (morbilidad) y de 73% de todas las muertes ocurridas en el mundo para el año 2020. Los pacientes con enfermedades crónicas consumen entre tres y cinco medicamentos en promedio por día y el porcentaje aumenta a medida que la persona avanza en edad, la adherencia terapéutica decae a medida que la complejidad del régimen terapéutico aumenta y cuanto mayor es el número de medicamentos indicados. Los avances en la farmacología han permitido que los individuos sobrevivan a múltiples enfermedades, pero con efectos secundarios. En algunos países desarrollados, la prevalencia de diabetes se ha incrementado de 5,3 % a 6,5 % y la hipertensión de 21,7 % a 25,6 %. Aunado a esto, el 88 % de la población mayor de 65 años toma múltiples medicaciones, las hospitalizaciones por enfermedades coronarias se duplicaron desde el año 1990, y la ingesta de inmunosupresores para tratar enfermedades autoinmunes o evitar el rechazo de trasplantes se incrementó de 15.000 pacientes al año a más de 25.000.<sup>4,7</sup> Lo previamente expresado enfatiza que los medicamentos empleados por los pacientes de riesgo quirúrgico deben ser considerados durante la atención estomatológica, porque muchos de ellos pueden contraindicar o limitar el tratamiento, principalmente cuando se usan anestésicos locales para algún tratamiento estomatológico quirúrgico, donde se duplican los riesgos, como en el caso de los

cardiópatas que utilizan ácido acetil salicílico (AAS) lo que adiciona el riesgo a sangrado. Algunos medicamentos como antiinflamatorios, analgésicos o antibióticos de uso para afectaciones estomatológicas, pueden interactuar con los propios medicamentos prescritos en los pacientes por la enfermedad de base, trayendo también algunas interacciones indeseables.<sup>8, 9, 10</sup>

Como la mayoría de los pacientes con compromiso sistémico necesitan o solicitan cuidados bucales, es necesario que los profesionales de la estomatología conozcan la multitud de estados mórbidos que pueden comprometer al paciente. Sin embargo, bibliografías consultadas,<sup>11- 20</sup> describen que en la actualidad el vínculo entre la estomatología y la medicina resulta insuficiente para preparar a los estomatólogos en el manejo de pacientes con problemas de salud complejos.<sup>21-24</sup>

Los pacientes con compromiso sistémico son denominados en estomatología como pacientes de riesgo quirúrgico ya que las enfermedades crónicas que poseen representan un posible daño ante una intervención quirúrgica,<sup>2</sup> de manera que este será el término utilizado en la presente investigación. El tratamiento de estos pacientes debe ser planificado y teniendo en cuenta el estado físico actual, la evolución predecible de su dolencia y su expectativa de vida. En su valoración se han aplicado diversos índices que originalmente se emplearon para referenciar la evolución de los enfermos oncológicos y que se aplican en medicina interna actualmente. Los más prácticos y sencillos son la escala de Karnofsky, el índice Eastern Cooperative Oncology Group, (ECOG) en español, Grupo Cooperativo Oriental de Oncología y American Society of Anesthesiologists (ASA) Sociedad Americana de Anestesiólogos.<sup>25</sup>

Tradicionalmente, los antecedentes médicos se obtienen haciendo una correcta anamnesis, pero en muchas ocasiones el paciente no refiere que tenga antecedentes médicos, porque no suele darle importancia y no lo relaciona con su problema de

salud bucal, por lo que pueden pasar por alto algún tipo de información mientras que muchos estomatólogos obvian algunos de los elementos fundamentales de la historia clínica, solo se enfocan en el motivo principal de la consulta o en el padecimiento actual.<sup>26</sup> Un interrogatorio dirigido y apropiado ha supuesto un esfuerzo de algunos investigadores en los últimos años.<sup>4</sup> No se ha encontrado historia clínica estomatológica para el paciente de riesgo quirúrgico por lo que los estomatólogos deberán desarrollar habilidades para realizar transformaciones en el transcurso del interrogatorio que se realiza a partir de la información que van facilitando los pacientes. La confección de la historia clínica constituye un apoyo para ofrecer cuidados estomatológicos de alto nivel, lo cual incluye el reconocimiento y comprensión de las enfermedades que reflejan estados comprometidos, la prevención de efectos adversos de los procedimientos, fármacos empleados en la clínica y la formulación de planes de tratamiento que sean consecuentes con el estado médico del paciente.<sup>4</sup> Todo esto supone que atender a estos pacientes resulte una parte compleja de la estomatología, que impone tratarlos asegurándose que se realiza con el mínimo riesgo para su salud general y con la máxima eficacia posible, puesto que conllevan una serie de dificultades y riesgos que no presentan los pacientes sin enfermedades asociadas para lo cual es importante seguir protocolos o guías clínicas que permitan establecer de forma adecuada y sistemática, las técnicas y los procedimientos más convenientes según un plan de tratamiento previo.<sup>27-30</sup>

Con el objetivo de lograr una unificación de criterios y facilitar la atención al paciente de riesgo quirúrgico se han realizado estudios donde se agrupan los pacientes según complejidad de las enfermedades sistémicas.<sup>31</sup> La utilización de escalas en la práctica diaria de la estomatología exige conocimientos por parte del profesional que debe determinar el riesgo médico en la consulta y adaptar los esquemas típicos de

tratamiento estomatológico a las necesidades particulares de cada paciente. Un ejemplo de estas escalas y más ampliamente utilizada es la clasificación ASA que se basa en cinco categorías (I, II, III, IV, V) donde se agrupan los pacientes según complejidad de las enfermedades sistémicas.<sup>25</sup>

Este tema ha constituido una línea de investigación a nivel internacional. Aroca Benítez<sup>11</sup> propone un manejo estomatológico en pacientes diabéticos e hipertensos, motivada por el número de pacientes con estas enfermedades, que según aborda, requieren de mayor demanda en la atención estomatológica y argumenta que existe ausencia de guías actualizadas y específicas para su atención estomatológica. Cardozo,<sup>32</sup> alegando, que es necesario e importante estar consciente de las consideraciones en el manejo médico y estomatológico para la extensa población de pacientes diabéticos publica su artículo "Consideraciones a tomar en cuenta en el manejo odontológico del paciente con diabetes mellitus." En concordancia con los trabajos anteriores, Verdugo<sup>33</sup> expone un Protocolo quirúrgico al paciente diabético.

Hermida Franco<sup>34</sup> con el objetivo de mejorar la calidad de atención de los pacientes hemofílicos y disminuir riesgos aumentando la seguridad en el tratamiento tanto del paciente como del estomatólogo, propuso un protocolo de atención a este grupo, en cirugía bucal en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante. Cedeño,<sup>35</sup> aborda el manejo estomatológico en pacientes con terapia antiagregante plaquetaria, elaborando un protocolo para la atención adecuada a este tipo de pacientes.

Otro estudio realizado por Arieta,<sup>36</sup> tuvo objetivos más amplios, uno de ellos fue valorar previo al procedimiento planificado, las drogas a utilizar, como anestésicos locales y sus efectos cardiovasculares, el manejo del tratamiento habitual antiagregante, anticoagulante, antihipertensivo y la profilaxis de la endocarditis infecciosa. Con similar propósito Tebres<sup>37</sup> propuso un protocolo de atención para el tratamiento bucal quirúrgico a pacientes con cardiopatías isquémicas.

En Santo Domingo, República Dominicana, se establecieron protocolos nacionales de atención clínica y esquemas terapéuticos de atención integral de VIH/sida.<sup>38</sup> Con menos frecuencia se halló protocolos relacionados directamente con la terapéutica estomatológica de las enfermedades crónicas adjuntas. Dentro de estos se encontró el "Protocolo a seguir por el profesional y estudiante de estomatología con pacientes que están condicionados sistemáticamente y cuidados que deben tomarse en cuenta al momento de realizar un tratamiento" realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.<sup>27</sup>

En Cuba, a pesar de la existencia del programa Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población,<sup>1</sup> que contempla a los pacientes con enfermedades crónicas como priorizados, no se han encontrado protocolos clínicos encaminados a mejorar la atención estomatológica a los mismos. En el anexo 25 de dicho programa se hace énfasis en que las enfermedades crónicas producen limitaciones orgánicas o funcionales no motoras, pero solo se explican las particularidades de la atención estomatológica a pacientes con trastornos hematológicos.

### **Justificación**

Los cambios en la estructura por edad y sexo de la población por el envejecimiento y el aumento de la morbilidad repercuten en la cronicidad de las enfermedades. Esto tiene profundas consecuencias para la salud del paciente y para los sistemas de salud ya que dan lugar a un aumento de pacientes que demandan atención médica y particularmente estomatológica.

Al tratar pacientes con la salud comprometida, se deben tener en cuenta varios factores. El mejor tratamiento realizado estomatológicamente sin tener en cuenta las comorbilidades puede dar lugar a una complicación o agravamiento del estado de salud de estos pacientes, pudiendo llegar a desencadenarse una emergencia médica.<sup>31</sup>



El uso de medicamentos prescritos en estos pacientes, es uno de los aspectos que deben considerarse, porque pueden interferir con el de los tratamientos estomatológicos, los riesgos que conlleva la propia enfermedad, es otro factor importante, por ejemplo, un paciente recientemente irradiado debido a un cáncer bucofaríngeo tiene un gran riesgo de sufrir una osteorradionecrosis y una sencilla exodoncia puede poner en grave riesgo su salud. Otra de las situaciones a reflexionar, es el estrés y la ansiedad extrema. En el paciente sano los cambios fisiológicos que se producen suelen ser compensados rápidamente debido a su capacidad de resistencia al estrés. Sin embargo, en los pacientes medicamente comprometidos estos cambios pueden no ser compensados.

Todo lo anteriormente expuesto hace reflexionar la importancia de crear pautas que ayuden al tratamiento estomatológico eficaz y eficiente al paciente de riesgo quirúrgico. En la búsqueda bibliográfica realizada los protocolos de actuación<sup>27, 37, 38</sup> y manejos clínicos<sup>11, 32, 35, 36</sup> encontrados a nivel internacional se enfocan a entidades diferentes, por lo que la obtención de la información se encuentra muy dispersa, lo cual no resulta una herramienta de fácil acceso para el estomatólogo de práctica general al enfrentarse al trabajo cotidiano, donde además concurren pacientes con otras enfermedades de riesgo quirúrgico que no aparecen protocolizadas. No se identifican claramente las entidades que constituyen riesgo quirúrgico y a pesar de la posibilidad de evaluar los riesgos de los pacientes a través del interrogatorio y examen físico, no se declaran explícitamente en los protocolos hallados.

La ausencia de protocolos clínicos para la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico en Cuba impide el acercamiento de la atención a estos pacientes con las realidades y necesidades del propio país, existiendo además diferentes criterios para la toma de decisiones durante la asistencia.

Se hace evidente a través de lo planteado, que mejorar la calidad de la atención de los

pacientes de riesgo quirúrgico mediante protocolos que disminuyan los riesgos, estandaricen criterios en cuanto terapéutica y aumenten la seguridad durante la atención de estos pacientes, es oportuno y necesario.

### **Problema científico**

La ausencia de documentos normativos para la atención a pacientes identificados con riesgo quirúrgico es causa de variabilidad en la atención estomatológica que se les brinda, al estar sujeta al juicio del facultativo que interpreta las necesidades del paciente en condiciones concretas. No hay unificación de criterios para identificar qué tipo de entidad nosológica constituye riesgo quirúrgico, no se identifican datos importantes que permitan determinar el riesgo en estos pacientes para la toma de decisiones respecto al tratamiento estomatológico indicado, la información respecto al tratamiento no se precisa adecuadamente, todo lo cual complejiza la atención a estos pacientes.

Al considerar la necesidad de disminuir la variabilidad de los procesos asistenciales mediante el desarrollo de manera uniforme y concertada de especificaciones técnicas, criterios, procesos y prácticas que disminuyan los riesgos, aumenten la seguridad en el tratamiento de los pacientes de riesgo quirúrgico evitando iatrogenias, surge la siguiente interrogante:

¿Cómo contribuir a una atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico ajustada a un patrón estándar, secuencial y un registro adecuado de los datos que indiquen riesgos en la historia clínica?

### **OBJETIVOS**

1. Clasificar los pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica.

2. Caracterizar la atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico.
3. Diseñar un protocolo para la atención estomatológica integral al paciente riesgo quirúrgico.
4. Validar el protocolo para la atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico.

### **Novedad científica**

Está dada en la propuesta de un protocolo de actuación para la atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico de las entidades descritas, que no tiene precedentes en el país, a través de riesgos identificados según datos adicionales creados para completar la historia clínica de estos pacientes que podría extenderse al territorio nacional y mejorar la calidad de la atención estomatológica a los mismos.

### **Aportes teóricos, práctico y metodológico**

Dentro de los aportes **teóricos** de la investigación se encuentra la ampliación de los referentes teóricos sobre el estado actual del manejo del paciente con riesgo quirúrgico en la consulta estomatológica, que enriquece el cuerpo teórico de las ciencias estomatológicas.

Desde el punto de vista **práctico** brinda a los estomatólogos una herramienta que permite resolver de forma rápida y eficaz problemas suscitados en la práctica clínica diaria lo que evita iatrogenias y garantiza la seguridad en el tratamiento de los pacientes con riesgo quirúrgico. Dentro de los aportes **metodológicos** se encuentra la clasificación de los pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica y el protocolo de actuación que facilita la atención al paciente de riesgo quirúrgico de manera secuencial y organizada desde la confección de historia clínica, determinación de riesgos, hasta el tratamiento de elección.

El trabajo quedó estructurado en cuatro capítulos. El capítulo I que abordó el Marco Teórico que incluye antecedentes y referentes teóricos que sustentan la investigación. El capítulo II en que se expone el Diseño Metodológico empleado, el capítulo III dedicado al Análisis de los Resultados que dan salida a los objetivos y el capítulo IV destinado a la Discusión de los resultados, así como también las conclusiones, recomendaciones de la investigación, referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO**

En este capítulo se exponen los aspectos teóricos metodológicos de la investigación. Incluye elementos generales de la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico, definiciones de los mismos, enfermedades crónicas que constituyen riesgo quirúrgico, pautas en la atención estomatológica según los riesgos y los documentos normativos de la atención a dichos pacientes.

### **I.1. Definiciones y clasificaciones de pacientes especiales y de riesgo quirúrgico**

El riesgo quirúrgico se define como posible daño que amenaza al individuo que será sometido a una intervención quirúrgica.<sup>2</sup> Otras definiciones son las siguientes: es la posibilidad de que ocurran eventos adversos, como consecuencia del desarrollo de un procedimiento quirúrgico; peligro que corre el paciente de que aparezca una complicación médica quirúrgica trans o postoperatorias.<sup>39</sup>

En la literatura es común encontrar diferentes definiciones que incluyen al paciente de riesgo quirúrgico, se identifican como médicamente comprometidos, con enfermedades sistémicas, pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, pacientes con necesidades especiales.

Los pacientes de riesgo quirúrgico son llamados pacientes médicamente comprometidos porque estos pacientes son medicados por su enfermedad de base y en muchos casos el medicamento es el que influye en la contraindicación del tratamiento estomatológico. También se conocen como pacientes con compromiso médico o sistémico, el primero se define en la literatura como aquel que tiene una patología general de base, que puede presentar manifestaciones en la cavidad oral o que puede crear interacciones con el pronóstico y tratamiento clínico bucal del paciente.<sup>40</sup> Las enfermedades sistémicas se definen como aquellas enfermedades que afectan a los sistemas del cuerpo y no a una

sola parte o un solo órgano del mismo, presentándose en un gran número de la población, siendo de mucha importancia lograr reconocerlas debido a que pueden poner en riesgo la vida del paciente.<sup>41 -44</sup>

Se incluyen, como pacientes con enfermedades crónicas, los que poseen enfermedades de alta prevalencia y no curables, que constituyen en la actualidad uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial por el gran número de pacientes afectados.<sup>43-46</sup>

Las enfermedades cardiovasculares causan un elevado número de casos de discapacidad, se estima que en las próximas décadas la pérdida total de años de vida ajustados por discapacidad aumentará de 85 millones en el año 1990 a 150 millones en el presente año.<sup>47, 48</sup>

Sin embargo, aparecen conceptos más amplios como el de pacientes con necesidades especiales, que es aquel que presenta deficiencias o limitaciones físicas, mentales, sensoriales, de comportamiento o de condición y que requieren servicios o cuidados especiales por compromisos médicos. Estos están limitados de una participación completa en las actividades normales de su grupo de edades, incluyendo aquellas de naturaleza social, recreativa, educacional y vocacional.<sup>49</sup>

En los conceptos anteriormente explicados se introducen dos términos importantes a considerar, el primero es discapacidad y el segundo deficiencia, este último es definido cuando un órgano no funciona al ciento por ciento pero aún cumple la función para la cual está preparado, mientras la discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia en cuanto a capacidad funcional y actividad del individuo y se define como toda restricción o ausencia (como resultado de una deficiencia) de capacidad para desplegar una actividad de la manera normal o dentro de los límites considerados normales para un ser

humano. Minusvalía cuando la discapacidad ha llevado al paciente a la disminución de su autoestima y socialmente se siente marginado.<sup>50-54</sup>

Otra definición encontrada de pacientes con necesidades especiales es la que incluye a todas aquellas personas que por su condición de salud necesitan cuidados diferentes a la mayoría de la población y cuyos requisitos de atención son de diferente complejidad. Se trata de personas con condiciones físicas, médicas, del desarrollo o intelecto que limitan su capacidad para recibir un tratamiento estomatológico de rutina. Como se aprecia, cubre un amplio espectro de trastornos.<sup>4</sup>

También aparece definido el concepto de paciente especial, como aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, sea de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento, que para su atención estomatológica exige maniobras, conceptos, equipamiento y personas de ayuda especial, con capacidad de atender en el consultorio las necesidades que estos generan, es decir, que escapan a los programas y rutinas estándar que se llevan a cabo para el mantenimiento de la salud bucodental de la población.<sup>55</sup>

Las personas con necesidades especiales se agrupan en cuatro grupos, según las afecciones que presentan, estos grupos son mencionados por Tan<sup>55</sup> en su artículo "Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral."

Grupo I: Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, como diabéticos, cardiopatas, nefrópatas, discrasias sanguíneas, epilépticos y otros.

Grupo II: Pacientes con enfermedades que provocan déficit motor, donde se incluyen pacientes parapléjicos, cuadripléjicos, hemipléjicos y otros. Grupo III: Pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial como ciegos, sordos, sordomudos y otros.



Grupo IV: Pacientes con retraso mental según clasificación de fronterizos, ligeros, moderados, severos y profundos.

La autora de la tesis considera que todos los conceptos previamente explicados hacen reflexionar que el término paciente especial comprende todo tipo de pacientes y que la clasificación por grupos, facilita el entendimiento, pero no esclarece adecuadamente los pacientes que deben ser ubicados como grupo I. Este grupo I pudiera corresponderse con los llamados pacientes con compromiso médico o sistémico o sistémicamente comprometido que es aquel que tiene una enfermedad general de base y que son considerados de riesgo quirúrgico en estomatología.

Cuando se habla de pacientes especiales, se incluyen además de las enfermedades sistémicas, de riesgo médico, los discapacitados psíquicos, minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales, pero además pacientes complejos de edad avanzada.<sup>52, 54</sup>

Se plantea que la edad avanzada por sí misma no representa necesariamente una contraindicación para procedimientos de cirugía ambulatoria, debiendo considerarse las comorbilidades del paciente, su estado general funcional y sus reservas fisiológicas. Este paciente más allá de considerarse de riesgo quirúrgico, puede presentar un grupo de especificidades que no deben ser obviadas.<sup>56</sup>

De igual manera sucede con las embarazadas que requieren de otras observaciones que escapan a lo concerniente al riesgo quirúrgico como tal, pero que necesitan de consideraciones especiales por los efectos teratogénicos que pudiera provocar el uso de radiografías como medio de diagnóstico o para tratamientos endodónticos.<sup>57</sup>

El esclarecimiento de la identificación del paciente de riesgo quirúrgico durante la atención estomatológica, donde se diferencie el tratamiento a realizar según el riesgo de la condición sistémica del paciente es de vital importancia, sin embargo, no se ha

encontrado una clasificación específica.<sup>58</sup>

## **I.2. Enfermedades de riesgo quirúrgico y su influencia en la atención estomatológica integral**

### **I.2.1. Enfermedades cardiovasculares**

Las enfermedades cardiovasculares comprenden las afecciones del corazón y al sistema de vasos sanguíneos. Todo procedimiento estomatológico y quirúrgico puede inducir estrés en el paciente, promoviendo la liberación de catecolaminas (epinefrina, norepinefrina) al sistema cardiovascular, lo que se traduce en una sobrecarga para el corazón, incrementando el gasto cardíaco y la demanda de oxígeno, aumentando el riesgo de producir algún trastorno cardíaco. Los protocolos de reducción de estrés durante la atención estomatológica a los pacientes con enfermedades cardiovasculares en general, son procedimientos que minimizan estos efectos en la consulta.<sup>4, 10, 59</sup>

La hipertensión arterial se define como el aumento de la presión sanguínea sistólica y diastólica o de una de ellas de manera sostenida.<sup>47</sup> La Insuficiencia Cardíaca es un síndrome complejo que puede resultar de un trastorno funcional o estructural, tanto cardíaco como no cardíaco, que le impide al corazón satisfacer las demandas fisiológicas.<sup>4,59</sup> La cardiopatía isquémica conduce a la angina de pecho y al infarto de miocardio y se produce por una disminución de la luz vascular coronaria, con disminución de aporte sanguíneo al miocardio, generalmente por aterosclerosis.<sup>60,61</sup>

La endocarditis infecciosa es un proceso inflamatorio localizado en el revestimiento interno de las cámaras y válvulas, con formación de vegetaciones compuestas por plaquetas, fibrina, microcolonias de microorganismos y, ocasionalmente, células inflamatorias. Generalmente es causada por bacterias.<sup>4, 59</sup> Las valvulopatías mitral, aórtica, tricúspide y

pulmonar, pueden ser por estenosis que dificultan el curso del flujo sanguíneo por insuficiencia o cierre incompleto de la válvula.<sup>9, 62,63</sup>

La fiebre reumática, enfermedad inflamatoria sistémica, mediada inmunológicamente, ocurre como secuela retardada (2 a 3 semanas) de una infección faríngea previa, causada por el estreptococo Beta Hemolítico del grupo A.<sup>59</sup> La arritmia es el término genérico que se emplea para un grupo de trastornos de la conducción de los impulsos eléctricos del corazón. La frecuencia de estos impulsos eléctricos dependerá de la actividad de cada momento y cuando la generación o conducción de los impulsos eléctricos es defectuosa se producen las arritmias.<sup>60</sup>

### **I.2.2. Enfermedades endocrinas**

La endocrinología es la rama de la medicina que se encarga del estudio de la síntesis de la función hormonal y de sus mecanismos de regulación. Una de las enfermedades endocrinas más frecuentes es la diabetes mellitus,<sup>47, 59, 64</sup> definida por la OMS como: “un desorden metabólico de múltiple etiología, caracterizado por una hiperglucemia crónica que altera el metabolismo de los carbohidratos, grasa y proteínas, resultado en defectos en la secreción de insulina, su acción o una combinación de ambas.<sup>48</sup>” La infección bucal per se es capaz de desarrollar una resistencia a la insulina, lo cual contribuye a la hiperglucemia y al incremento producto avanzado de la glicosilación (PAG). El aumento de este último dentro de la encía facilita la atracción, movilización y activación de fagocitos mononucleares mediadores en la generación de citoquinas pro inflamatorias y de metalo proteínas de la matriz y su interacción con los receptores de las PAG. Lo anterior proveería la permeabilización en las células endoteliales y la migración de monocitos en los sitios enriquecidos con PAG, al exponerse moléculas de adhesión complementaria entre el endotelio y los monocitos. La infección no tratada puede ser causa de descontrol mantenido de la diabetes mellitus y a su vez constituye un factor de riesgo para el

desarrollo de la infección.<sup>65- 68</sup>

El hipotiroidismo es el cuadro clínico resultante de la disminución en la producción de hormonas tiroideas. El paciente diagnosticado con este síndrome es tratado con levotiroxina para lograr un equilibrio hormonal, el cual debe de estar en vigilancia constante por su endocrinólogo, se plantea que no sería necesario que los pacientes tomen su dosis correspondiente el día de la cirugía.<sup>4, 64, 65, 69</sup>

Se define como hipertiroidismo a cualquier situación en la que se produzca demasiada hormona tiroidea en el organismo, estos pacientes pueden desarrollar osteoporosis con compromiso del hueso alveolar, presentan un mayor riesgo de caries dental y desarrollan enfermedad periodontal progresiva, pérdida prematura de dientes deciduos y erupción anticipada de dientes permanente. Es frecuente en pacientes portadores de esta entidad el riesgo de desarrollar hipertensión arterial, angina de pecho, insuficiencia cardiaca congestiva y arritmias.<sup>4, 59,64, 65</sup>

El hiperparatiroidismo, hipersecreción de la hormona paratiroidea, propicia el asentamiento de tumores en el tejido óseo. Si bien no es frecuente, los huesos maxilares pueden estar involucrados en la patogenia de estas lesiones. Las entidades que derivan de lesiones de la glándula suprarrenal son varias, pero destacan de manera sobresaliente la enfermedad de Addison y el síndrome de Cushing. La primera surge por la atrofia de la corteza suprarrenal con la consiguiente deficiencia hormonal causada por daño a la glándula adrenal lo que ocasiona una hipofunción o insuficiencia corticosuprarrenal primaria. Como efecto se presenta un desequilibrio hídrico y de los electrolitos. Desde el punto de vista bucal, se presenta una pigmentación que puede ser marrón o casi negra, se distribuyen en placas sobre la encía, la mucosa yugal y los labios. Estos pacientes son propensos a las infecciones y su cicatrización es lenta.<sup>4, 9, 65,70</sup>

El síndrome de Cushing, es una enfermedad provocada por el aumento de la hormona cortisol, puede estar provocado por diversas causas. La más común, que afecta a un 60-70 % de los pacientes, es un adenoma en la hipófisis.

### **I.2.3. Enfermedades hematológicas**

El proceso de coagulación conlleva a la hemostasia, constituye el conjunto de mecanismos fisiológicos que contribuyen a detener el sangrado y reducir al mínimo la pérdida de sangre, involucra cuatro fases. Los trastornos de la coagulación ya tengan un carácter hereditario o adquirido, requieren de una planeación conjunta de los diferentes grupos multidisciplinarios.<sup>59, 71</sup>

Los procedimientos estomatológicos representan un reto para los estomatólogos y los hematólogos, por lo que es muy importante que se realice un correcto y oportuno diagnóstico, a través de un detallado interrogatorio y una minuciosa exploración física del paciente. En caso de detectar alguna alteración que suponga un trastorno hematológico se debe remitir al paciente al hematólogo para minimizar las complicaciones.<sup>72</sup>

Dentro de las enfermedades hematológicas se encuentran aquellas que son producidas por malformaciones vasculares como la telangiectasia hemorrágica hereditaria o enfermedad de Rendu- Osler, dilataciones capilares aneurismáticas en labios, lengua y mucosa, sangrados locales y se controlan con presión o electrocoagulación. Las alteraciones de las plaquetas como la trombocitopenia donde el recuento plaquetario es inferior a  $150 - 400 \times 10^9 /L$ , es la causa más frecuente de hemorragia en el paciente quirúrgico. El sangrado excesivo después de procedimientos quirúrgicos varía en cada paciente y pueden ir desde sangrados leves a severos, siendo la severidad del sangrado no predecible y no correlacionado con la anormalidad o el compromiso de la enfermedad. Entre las alteraciones de la coagulación se encuentra la enfermedad de Von Willebrand

(Pseudohefifilia) es una enfermedad que puede heredarse tanto de forma dominante como recesiva donde el endotelio capilar libera cantidades reducidas del factor de von Willebrand (FvW), una proteína multimérica requerida para la adhesión plaquetaria en el sitio de la lesión vascular, donde actúa como puente entre los receptores plaquetarios y el colágeno del subendotelio. Lo anterior trae por resultado un déficit en la adhesión plaquetaria y agregación plaquetaria y un alargamiento del tiempo de sangrado.<sup>47</sup>

Los trastornos hereditarios de la coagulación como la hemofilia, que es una enfermedad genética ligada al cromosoma X, se manifiesta por la deficiencia de los factores de la coagulación VIII, IX y XI.<sup>59, 73-76</sup> Los sangrados más graves son las que se producen en articulaciones, cerebro, ojo, lengua, garganta, riñones, hemorragias digestivas, genitales, nasales, entre los principales lugares.

El término anemia se utiliza para referirse a una reducción por debajo de lo normal en uno o más de los siguientes parámetros: hemoglobina, hematocrito o número de glóbulos rojos. Cualquiera de estos parámetros puede usarse para establecer la presencia de anemia, si bien el parámetro más utilizado es la hemoglobina, por ser más reproducible y confiable y el valor más indicativo de las consecuencias fisiopatológicas del nivel de anemia (reducción en la capacidad de la sangre para transportar oxígeno a los tejidos).

La leucemia es un grupo de enfermedades malignas de la médula ósea que provoca un aumento descontrolado de leucocitos en la misma. Las células cancerígenas impiden que se produzcan glóbulos rojos, plaquetas y glóbulos blancos maduros (leucocitos) saludables.<sup>7</sup>

#### **I.2.4. Enfermedades renales**

Con relación a las enfermedades renales es importante recordar que la nefrona es la unidad estructural y funcional básica del riñón, en el ser humano cada riñón contiene alrededor de 1.000.000 a 1.300.000. Su principal función es filtrar el plasma para regular

el agua y las sustancias solubles, reabsorbiendo lo que es necesario y excretando el resto como orina.

El riñón participa en diversas funciones, regula el volumen hídrico, el mantenimiento del equilibrio ácido-base y la eliminación de los compuestos nitrogenados, función endocrina en la síntesis de eritropoyetina (EPO), cuya disfunción genera anemia, producción de renina para el control de la tensión arterial y elaboración de hidroxicolecalciferol, metabolito activo de la vitamina D, a su vez es el órgano diana para las hormonas aldosterona y la hormona paratiroidea.<sup>4, 59</sup>

Se han encontrado manifestaciones bucales en pacientes con insuficiencia renal con un aumento en la incidencia de enfermedad periodontal, periapical y xerostomía.<sup>59</sup>

Durante la atención estomatológica de estos pacientes se deben evaluar las posibles complicaciones, ya sea por las enfermedades concomitantes (fundamentalmente diabetes e hipertensión), las infecciones y la tendencia al sangrado por disminución de plaquetas (trombocitopenia) y el tiempo de sangrado alargado provocado fundamentalmente por el uso prolongado de heparina en la hemodiálisis.<sup>77-81</sup>

Se encuentran dentro de las enfermedades renales, la enfermedad renal poliquística, la que se desarrolla por la aparición de quistes renales que provoca deterioro en la función de este órgano, también se encuentra la enfermedad litiásica que ocurre cuando la orina se sobresatura de componentes insolubles. Dentro de las nefropatías inflamatorias se encuentra la glomerulonefritis que es un tipo de enfermedad renal causada por la inflamación de las estructuras del glomérulo, los cuales filtran el plasma sanguíneo. Otras nefropatías son la nefritis intersticial crónica que es causa importante de insuficiencia renal crónica (IRC), inducida por ingesta prolongada de analgésicos y otros medicamentos y la pielonefritis que se produce por una infección a repetición en pacientes con malformaciones congénitas, reflujo vesiculoureteral, obstrucción de vías urinarias,

litiasis, existencia de un único riñón funcional y presencia de diabetes mellitus.<sup>4, 59</sup>

La nefropatía vascular es la agenesia de la arteria renal, obstrucción brusca de una arteria, estenosis estable de una arteria de gran calibre (hipertensión vásculo-renal), estenosis y obstrucción difusa de arterias de mediano y pequeño calibre (vasculitis de pequeños vasos), trombosis de venas renales y es una frecuente complicación en el Síndrome nefrótico.<sup>78, 82</sup>

### **I.2.5. Enfermedades oncológicas**

El cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma. Puede producir una invasión de los tejidos de forma local y también a distancia, lo que se conoce como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.<sup>59</sup> Los pacientes con cáncer que se encuentran bajo tratamiento de quimioterapia o radioterapia pueden experimentar complicaciones bucales, entre las que se incluyen: la mucositis bucal, sangrados gingivales, osteorradionecrosis y complicaciones, que combinadas con la xerostomía producida por cualquiera de estos tratamientos, favorece la aparición de infecciones oportunistas de origen bacteriano, micótico o viral, las cuales suelen aparecer con mucha frecuencia dada la inmunosupresión ocasionada durante meses o años, después del tratamiento.<sup>83</sup> La osteorradionecrosis es sin duda la mayor complicación, siendo la mandíbula más susceptible que el maxilar superior debido a su baja vascularidad. El efecto de los agentes quimioterapéuticos sobre los tejidos óseos produce mielosupresión (supresión de la médula ósea), es decir, comprometen la actividad fagocítica, reduce la producción de anticuerpos por linfocitos B, inhibe el desarrollo de los linfocitos T y bloquea la reacción inflamatoria, además conducen a leucopenia, principalmente neutropenia, trombocitopenia y anemia que además de los efectos directos generan susceptibilidad a



infecciones y a sangrados a nivel periodontal.<sup>84, 85</sup>

### **I.2.6. Enfermedades respiratorias**

El sistema respiratorio consiste en vías respiratorias, pulmones y músculos respiratorios que median en el movimiento del aire tanto dentro como fuera del cuerpo humano.<sup>4, 59</sup> En cirugía bucal los riesgos de desarrollar complicaciones se pueden presentar entre un cinco y 10 % de los casos, en donde el objetivo de implementar estrategias pre, peri y post operatorias se basa en mantener el patrón normal de la respiración y el llenado adecuado de los pulmones. Una de las enfermedades respiratorias es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) generalmente progresiva e irreversible, suele desencadenarse por la combinación de una bronquitis crónica y un enfisema pulmonar y clínicamente se caracteriza por estrés respiratorio, jadeos por la obstrucción de la vía aérea, expectoración y esputos.<sup>4, 59</sup>

Otra de las enfermedades que podemos encontrar dentro de las respiratorias, que se relaciona en especial con el hábito de fumar, es la bronquitis crónica que se caracteriza por hipersecreción bronquial de moco y expectoración persistente con producción de esputos diariamente durante más de tres meses en un año y durante más de dos años consecutivos. El aspecto del paciente será edematoso, exceso de peso y cierto grado de cianosis (azulado) y se les llama cianóticos abotargados, no presentan disnea de reposo y no utilizan los músculos accesorios respiratorios y normalmente son sedentarios.<sup>59</sup>

El enfisema define el agrandamiento permanente de los espacios aéreos distales a los bronquiolos terminales, con una destrucción de la pared alveolar, con o sin fibrosis manifiesta, donde se reduce la superficie alveolar de intercambio de oxígeno, siendo la limitación más grave en el flujo aéreo, generada por destrucción del parénquima pulmonar.

Una enfermedad respiratoria bastante común en Cuba es el asma bronquial que es una reactividad aumentada de las vías respiratorias inferiores a numerosos estímulos; proceso episódico acompañado de obstrucción reversible de gravedad variable.<sup>50</sup>

### **I.2.7. Las enfermedades gastrointestinales**

Las enfermedades digestivas tienen diversas manifestaciones bucales, por tanto, el estomatólogo puede colaborar en un diagnóstico oportuno de alguna enfermedad digestiva. Un ejemplo es el reflujo gastroesofágico, que si bien su etiopatogenia puede considerarse de naturaleza multifactorial parece ser que el factor principal se concreta en la incompetencia del esfínter inferior del esófago, provocando erosiones en las partes blandas de la boca, caries dental, atrición, abrasión dentaria y sensación de quemazón. Las enfermedades digestivas pueden ser del esófago, de estómago e intestinales.<sup>86-88</sup> Se han reportado estudios que demuestran la estrecha relación que existe entre las enfermedades bucales y las de origen gástrico como la úlcera péptica y la gastritis crónica con la periodontitis.<sup>89</sup> A la vez que se reportan estudios donde la salud bucal repercute satisfactoriamente en el mejoramiento de las enfermedades gástricas.<sup>90</sup>

Las enfermedades en la vía gastrointestinal superior son muy comunes hoy en día, sobre todo como consecuencia de una mala alimentación y malos hábitos de vida.

Entre estas enfermedades se logra señalar, la hemorragia digestiva alta (HDA), la cual sigue siendo una de las complicaciones más graves del aparato digestivo y un motivo frecuente de hospitalización. Las dos causas más habituales son la hemorragia digestiva (HD) por úlcera péptica y la secundaria a hipertensión portal expresada en varices esofágicas. La hemorragia digestiva baja es menos frecuente que la de origen alto, y tiene tendencia a autolimitarse.<sup>91</sup>

En un paciente con insuficiencia hepática, una de las complicaciones que se presenta es

el riesgo de contagio para el personal de trabajo, así como en forma de infección cruzada para el resto de pacientes como las hepatitis víricas; las posibilidades de que se produzcan sangrados, y la difusión metabólica que incrementa el riesgo de toxicidad farmacológica. Estos pacientes pueden tener anemia, la obstrucción biliar que es observada de manera usual, complica la absorción intestinal de vitamina D y K que son vitaminas liposolubles que requieren para su absorción de la presencia de ácidos biliares un componente esencial en la bilis; lo que puede repercutir en el metabolismo y en los fenómenos de coagulación, presentan alteraciones de la capacidad de respuesta a infecciones y se deben evitar fármacos hepatotóxicos.<sup>4,59</sup>

La Cirrosis es la cicatrización fibrosa irreversible, secundaria al daño causado a las células hepáticas por diversos agresores inflamatorios, tóxicos, metabólicos y por la presión congestiva de sangre, así como de órganos vecinos.<sup>4,59</sup> La Hemocromatosis, otra enfermedad hepática a considerar, es cuando hay demasiado hierro depositado en el hígado, suele ser una condición genética. La enfermedad de Wilson es una condición que se deriva por demasiado depósito de cobre en el hígado, normalmente el hígado controla la cantidad de cobre en el cuerpo.

El hígado graso puede desarrollarse en personas que no consumen o consumen poco alcohol. Se originan depósitos de grasa en el hígado y son más frecuentes en personas que son obesas, diabéticas, y tienen niveles altos de colesterol.<sup>92</sup> La hepatitis autoinmune ocurre cuando el sistema inmunológico del cuerpo percibe las células del hígado como extrañas y lo atacan. La cirrosis biliar primaria, también es una condición que se enmarca dentro de la enfermedad autoinmune. Otra enfermedad es la colangitis esclerosante primaria donde hay una grave inflamación de los conductos biliares.<sup>92, 93</sup>

### **I.3. Enfoque de diferentes estimaciones de riesgo quirúrgico y su relación en el tratamiento estomatológico.**

Con el objetivo de lograr unificación de criterios y facilitar la atención al paciente de riesgo quirúrgico se han agrupado los pacientes según la complejidad de las enfermedades sistémicas. Los más prácticos y sencillos son la escala de Karnofsky y el índice de ECOG, donde se expresa según el nivel de la calidad del paciente respecto a su salud si se podrá realizar un tratamiento estomatológico u otro. Se ha identificado además la escala para la valoración del pronóstico y del riesgo odontológico (DRAPE) que establece un rango de prioridades en el tratamiento estomatológico de los pacientes con problemas graves de salud.<sup>25</sup>

Uno de los sistemas más utilizados para la estimación de riesgo en medicina ha sido el sistema ASA. Fue descrito por la American Society of Anesthesiologists, de ahí sus siglas, en español, Sociedad Americana de Anestesia. Las categorías según complejidad de las enfermedades sistémicas,<sup>4</sup> son las siguientes:

ASA I, representa al paciente sano que tolera bien el estrés y desde la perspectiva estomatológica no necesita ninguna modificación; ASA II, pacientes con enfermedad sistémica leve que no limita su actividad donde se realizan adecuación de los tratamientos estomatológicos de acuerdo a sus necesidades; ASA III, paciente con enfermedad sistémica grave que limita su actividad, pero no es incapacitante, donde se necesita un protocolo para minimizar los riesgos en la consulta estomatológica; ASA IV, paciente con enfermedad sistémica grave incapacitante, que es una amenaza constante para su vida y se deben realizar los tratamientos estomatológicos intrahospitalario y ASA V, paciente moribundo que es tributario de tratamientos paliativos o urgencias.<sup>31</sup>

Para un uso más preciso y práctico, se subdividió la clasificación en siete grados que

incluyó el riesgo quirúrgico en la práctica de la anestesia de rutina y divide a las categorías I y II en a y b, después se realizó otra adecuación para estomatología donde la clasificación estaba dada por el estado físico (EF) desde el uno hasta el cinco.<sup>4, 26</sup>

Para evaluar el riesgo ASA se han usado varias encuestas, una de ellas fue la encuesta médica europea utilizada para identificar antecedentes médicos, traducida de la original holandesa denominada European Medical Risk Related History, EMRRH (Historia relacionada con riesgo médico en Europa). Es un cuestionario elaborado en Holanda por la doctora Abraham-Inpijn<sup>60</sup> y ha sido objeto de investigación en diez países europeos (Holanda, Irlanda, Islandia, Alemania, Inglaterra, España, Bélgica, Francia, Grecia, Hungría). Anteriormente se empleaba el Medical Risk Related History, (MRRH-98) el cuestionario del sistema de clasificación ASA de riesgo relativo, desarrollado por la Sociedad Americana de Anestesiólogos para evaluar el riesgo que presentaban los pacientes a la anestesia general y que posteriormente fue modificado para evaluar el riesgo que presentaban los pacientes a la anestesia local para los tratamientos estomatológicos.<sup>4</sup>

Otro cuestionario utilizado fue el "Cuestionario para Clasificación de los Factores de Riesgo Odontológico en los Pacientes Médicamente Comprometidos" (CROMECC), utilizado por Corchero<sup>4</sup> para dar salida a su tesis doctoral. Con este cuestionario determinó el status de morbilidad de los pacientes que acuden a la consulta estomatológica, las nosologías más prevalentes de los mismos y cómo, dichos antecedentes médicos, influyeron en la práctica estomatológica diaria. El cuestionario CROMECC es una modificación adaptada del original EMRRH y consta de 34 preguntas, divididas en una pregunta principal y una o más subpreguntas. A cada pregunta se establece un grado de ASA que va desde el I al IV. Si se responde negativamente a una respuesta principal, significa que el riesgo ASA es I, pero si se responde afirmativamente,

el riesgo será de tipo II, III o IV. El mayor grado ASA determina el grado de riesgo en cada pregunta.

Un estudio realizado en Cuba, <sup>25</sup> utilizando el cuestionario CROMEC arrojó que la clasificación ASA II fue la más frecuente, con un 16,6%, este resultado coincide con el estudio realizado en Holanda por Abraham-Inpijn<sup>94</sup> con un 12,7%, similar al llevado a cabo en Bélgica, donde el 25% tenían riesgo ASA II, coincide además el estudio de Chandler-Gutiérrez<sup>95</sup> donde se obtuvo el 17,31%, Esteves con 41,8% <sup>96</sup> y Corchero<sup>4</sup> con 72,6%. Seguidos por la clasificación ASA III, en todos los estudios excepto el de Corchero<sup>4</sup> que le siguió ASA IV. Estos resultados demuestran que en la mayoría de los países que efectuaron esta investigación, los antecedentes médicos correspondieron a pacientes con enfermedad sistémica leve o grave y en ambos casos se requiere una adecuación de los tratamientos estomatológicos según establece la clasificación.

Abraham-Inpijn<sup>94</sup> en su investigación, encontró que los antecedentes médicos que predominaban eran las enfermedades cardiovasculares. En otro estudio realizado sobre la valoración del riesgo médico en la consulta estomatológica por Chandler- Gutiérrez<sup>95</sup> la hipertensión fue el antecedente que predominó y en el estudio realizado en Cuba, <sup>25</sup> se constató que las enfermedades más frecuentes fueron la hipertensión y la diabetes. La gran prevalencia de pacientes que refieren en su historia clínica algún antecedente médico, continúa siendo un dato muy importante en el momento de tratar al paciente, ya que esta condición podría justificar la modificación del plan de tratamiento.<sup>4</sup>

La seguridad del paciente es un componente importante de la atención en salud, que ha venido tomando fuerza en las últimas décadas. Con el transcurrir del tiempo la seguridad del paciente ha evolucionado conforme avanza el desarrollo científico y tecnológico, enmarcada dentro del concepto de calidad del servicio prestado a los pacientes.<sup>97, 98</sup>

Es importante destacar que el sistema de clasificación ASA podría ser fácil de usar

cuando el paciente asiste a la consulta con sólo un problema médico. Sin embargo, muchos pacientes asisten a la consulta con una historia médica de múltiples condicionantes sistémicos y la determinación de su clasificación dentro del sistema ASA se hace más difícil.<sup>4, 99</sup>

Diversos autores<sup>100, 101</sup> consideran que existen inconsistencias al llevar a cabo esta clasificación, ya que carece de especificidad y conduce a una interpretación clínica inespecífica. Existe controversia con esta clasificación como evaluación de resultados quirúrgicos debido a que especialistas la utilizan equivocadamente como predictor de riesgo operatorio. No obstante, se expone que es una clasificación del estado físico ampliamente utilizada, de hecho, un número de anestesiólogos y otros especialistas lo consideran como clasificación de "riesgo quirúrgico." Un estudio sobre la variabilidad de esta clasificación, reportó que, de 70 sujetos del personal de anestesia, 89% indicó el uso de la clasificación ASA como indicador de riesgo anestésico y un 49% de "riesgo quirúrgico."<sup>100</sup>

La identificación de los riesgos a través de la encuesta expresada constituye una manera de minimizar en lo posible la aparición de situaciones de emergencias médicas durante la realización del tratamiento estomatológico y organiza el interrogatorio con la consecuente mayor fiabilidad.

La autora considera que independientemente de lo anteriormente planteado es necesario que el estomatólogo conozca la sintomatología, métodos de diagnóstico y manejo médico de los padecimientos sistémicos para poder establecer niveles de riesgo y adaptar los esquemas de tratamiento a las necesidades particulares de cada paciente, lo cual se considera complicado y deja al libre albedrío diferentes criterios por parte del profesional que aunque debe tener por lo menos conocimientos básicos sobre la enfermedad, se le dificulta determinar la categoría del paciente así como las modificaciones a realizar en la

terapéutica a seguir.

#### **I.4. Documentos para la estandarización de la práctica clínica**

Construir una cultura de calidad y seguridad del paciente, es imprescindible y debe quedar claro desde el principio que para implantar y trabajar en seguridad del paciente hay que estar provisto de las herramientas necesarias para abordar este reto, usar medidas de prevención tanto para los profesionales como para los pacientes, harán que la cirugía se convierta en una actividad más segura.<sup>102, 103</sup>

La calidad es realizar de la mejor manera posible la atención médica, sin abstraernos del entorno donde realizamos la actividad. Se define seguridad del paciente como el conjunto de estructuras, procesos y resultados organizacionales que reducen al máximo y previenen la probabilidad de sufrir un evento adverso durante la atención a la salud de los usuarios.<sup>96</sup>

Se estima que la tasa de eventos adversos derivados de la cirugía coincide en el hecho de que entre un tercio y la mitad de estas complicaciones son evitables y ponen de manifiesto hasta qué punto la seguridad quirúrgica debe ser un tema de salud pública prioritario, dado que los pacientes quirúrgicos son más proclives a desarrollar eventos adversos. Se ha puesto de manifiesto la necesidad de aplicar medidas orientadas a la prevención entre las que se han incluido la utilización de guías de práctica clínica y protocolos.<sup>102, 104</sup> Las guías prácticas clínicas (GPC) se definen como un conjunto de recomendaciones basadas en evidencia científica.<sup>105</sup> Las mismas ayudan a la toma de decisiones de los médicos acerca de la atención médica apropiada para circunstancias clínicas específicas.<sup>106</sup>

Su desarrollo ha evolucionado a lo largo de la última década, con un mayor énfasis en la transparencia, rigor del desarrollo y normas de presentación.<sup>107</sup> Tienen como objetivo



fundamental reducir la variabilidad de la atención médica para garantizar un nivel óptimo de calidad y mejorar la atención en salud. Se consideran esenciales para las políticas sanitarias, la planificación, entrega, evaluación y mejora de la calidad de la atención de los clínicos, gestores y responsables políticos. Sus orígenes están basados en los fundamentos de la medicina basada en la evidencia y están dirigidas a profesionales y pacientes con el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones. Se sustentan en los estudios de revisiones sistemáticas de la literatura científica disponible y realizan recomendaciones para la actuación clínica según la evidencia que las respalda. La GPC es una herramienta que permite resumir la información científica disponible; ordenan y sintetizan el estado del conocimiento existente y favorecen el intercambio internacional.<sup>108, 109</sup>

Las Guías Prácticas de Estomatología,<sup>110</sup> están constituidas por ocho capítulos. El capítulo seis, es dedicado a las afecciones clínico quirúrgicas bucofaciales pero no se hace referencia al riesgo quirúrgico, fueron publicadas en el año 2007 y no han sido actualizadas. Elaborar una guía nueva implica no solo un tiempo prolongado por la complejidad de su desarrollo, sino también un alto costo logístico, financiero y de recursos humanos entrenados y con experiencia.<sup>111-113</sup>

El instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation in Europe), Líneas Directivas de Estimación, Investigación y Evaluación, en español, está diseñado para evaluar la calidad de las GPC, proporciona una estrategia metodológica para el desarrollo de las guías. Este instrumento está diseñado para ser utilizado por proveedores de atención en salud, médicos generales, especialistas, estudiantes de medicina, elaboradores de guías, gestores de políticas en salud y educadores en medicina.<sup>114-116</sup>

En múltiples ocasiones ante un mismo problema se actúa de forma diferente. Una forma

de atenuar este efecto es incorporar instrumentos que faciliten la adopción de decisiones. Para ello se cuenta con varias herramientas que, en esencia, son principios y recomendaciones diseñadas para este objetivo como son las guías clínicas, las vías clínicas y los protocolos de actuación. Al respecto es necesario comentar las diferencias entre estos instrumentos sanitarios que ayuden a clarificar la utilidad de uno u otro.

Una guía clínica se definiría como una serie de recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos. Describen una serie de indicaciones para ayudar a decidir sobre las posibles acciones y diferentes alternativas que se presentan en la práctica clínica para un problema concreto.

En tanto que la vía clínica es un plan asistencial que define y ordena secuencialmente actividades o intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible. Esta sería un tipo de guía clínica pero más específica, puesto que son recomendaciones obligatorias y se puede evaluar. Mientras que un protocolo, en términos generales, es definido como "un acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el cual se han definido las actividades a realizar ante una determinada tarea"<sup>108</sup>. Es un instrumento normativo, de orientación eminentemente de práctica médica, en el que se busca unificar criterios y tener como resultado adecuado el manejo del paciente. Se han formulado protocolos que tienen un papel fundamental en la práctica clínica, particularmente para garantizar la seguridad en la atención de los pacientes. Esto se debe a que su adopción minimiza la variabilidad de procedimientos, registros, tratamientos y tareas realizadas rutinariamente. Los protocolos facilitan la estandarización e incrementan la confiabilidad en el cuidado de la salud del paciente, reduciendo el error humano en la ejecución de procesos complejos.<sup>102</sup> Lashoher<sup>117</sup> considera que es un importante componente para la mejora del proceso de atención en cualquier campo y reducir el error médico.

La protocolización del trabajo es una guía metodológica de buenas prácticas médicas a partir de la elaboración de un documento de referencia que estandarice patrones clínicos, investigativos y procedimientos.<sup>118</sup> El protocolo debe tener validez lo cual implica que se considere sistemáticamente la evidencia científica de los datos existentes en la literatura y una relación precisa entre dicha evidencia y la fortaleza de las recomendaciones del protocolo; fiabilidad que significa que, con la misma evidencia científica y métodos de desarrollo del protocolo otro grupo de expertos produciría las mismas recomendaciones en circunstancias clínicas semejantes, debe ser aplicado de la misma manera por distintos profesionales, es decir, tener la característica de ser reproducible; debe tener la posibilidad de aplicación clínica a los grupos de pacientes para el que está concebido; flexible, por las excepciones en las que las recomendaciones no son aplicables y el lenguaje utilizado no debe ser ambiguo para fácil comprensión de los que lo utilicen.

El proceso de elaboración de los protocolos debe incluir la participación de los grupos a quienes afecta y deben ser revisados para determinar la introducción de modificaciones. Los procedimientos seguidos en el desarrollo de los protocolos, los participantes implicados, la evidencia utilizada, los razonamientos aceptados y los métodos analíticos empleados deben ser meticulosamente documentados y escritos.<sup>119, 120</sup>

La autora considera que los protocolos encontrados, para la atención estomatológica a los pacientes de riesgo quirúrgico, aunque describen los modos de actuación ante algunas enfermedades de riesgo, carecen de la estructura requerida y de las especificaciones previamente explicadas.

## **Conclusiones del capítulo I**

Se realizó una valoración de los principales referentes teóricos obtenidos en la revisión bibliográfica que permitió realizar el estudio de clasificaciones de pacientes de riesgo

quirúrgico con enfermedades sistémicas que comprometen el tratamiento estomatológico. Dentro de las mismas, se caracterizaron las enfermedades cardiovasculares, hematológicas, endocrinas, respiratorias, oncológicas, renales y gastrointestinales, profundizando en marcadores clínicos preoperatorio y posoperatorio de acuerdo a protocolos de actuación, guías prácticas y manejos clínicos de importante valor para el pronóstico y calidad de vida, al impedir, bajo su fundamento biofuncional, que los pacientes estomatológicos no sufran incidentes desagradables

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

En el capítulo se expone el diseño metodológico de la investigación, que incluye el tipo de estudio realizado, los criterios para la definición del universo, los métodos de investigación utilizados, la operacionalización de las variables, así como los aspectos técnicos y éticos tenidos en cuenta.

### **II.1 Clasificación y contexto de la investigación**

El trabajo se clasifica como una investigación de desarrollo e innovación tecnológica (I+D+I), cuyo proyecto tecnológico ofrece, como producto, una clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica y un protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico que contribuya a una toma de decisiones oportuna y efectiva para el tratamiento a estos pacientes en atención primaria de salud. La investigación se realizó en la Facultad de Estomatología de La Habana y escenarios docentes descentralizados en el período comprendido desde el año 2018 hasta el año 2021. Transitó por etapas y fases que discurren desde el estudio descriptivo del estado del arte, el diagnóstico de la situación actual de la atención estomatológica integral a los pacientes de riesgo quirúrgico con las entidades descritas y el análisis y presentación de la propuesta. Se trabajó sobre la base de un enfoque mixto de la investigación en salud.

### **II.2. Etapas de la investigación**

#### **II.2.1. Primera Etapa. Clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica.**

Para cumplimentar esta etapa se utilizó el método de la sistematización.<sup>121</sup> Se siguió la metodología de planificación de la sistematización, recuperación, análisis e interpretación de la información obtenida, donde se consideraron los resultados de investigaciones previas realizadas por la autora de este estudio,<sup>3, 23, 41,58</sup> las generalizaciones contenidas

en el marco teórico que fundamentan la propuesta y finalmente la comunicación del nuevo aprendizaje y conocimientos de una clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica. Esta propuesta fue evaluada por criterio de expertos a través del método Delphi, <sup>122</sup> lo cual permitió llegar a consenso para el perfeccionamiento de la misma.

#### **II.2.1.1. Caracterización de los expertos**

Se seleccionaron 15 expertos, todos con más de 15 años en la docencia, con categoría docente principal y con más de 20 años en labores asistenciales, los que evaluaron su competencia a través de una encuesta (Anexo 1) con el objetivo de obtener información acerca del conocimiento que poseían sobre el riesgo quirúrgico en los pacientes en la práctica clínica. A cada experto se le explicó en qué consistía la investigación y se les presentó la clasificación, manifestándoles que sus respuestas iban a ser anónimas y sus criterios y sugerencias socializadas con el resto, tantas veces como fuera necesario para lograr consenso.

Para ello se calculó el coeficiente de competencia (K) <sup>123</sup> en el tema de investigación mediante la fórmula:  $K = \frac{1}{2} (Kc + Ka)$ , siendo (Kc) el coeficiente de conocimiento del experto el que se toma sobre la base de la autoevaluación presentada en escala creciente del 1 al 10, el que fue calculado mediante una tabla donde se solicitó que marcara con una "X" entre el intervalo del 1 al 10, el nivel de conocimientos que poseía sobre el tema antes referido luego se multiplica por 0,1; el coeficiente de argumentación o fundamentación (Ka) de cada uno según las fuentes de argumentación, se calculó mediante la sumatoria de los valores de la tabla patrón (Anexo 2). Los valores  $0,8 < K < 1,0$ ; coeficiente de competencia alto,  $0,5 < K < 0,8$ ; coeficiente de competencia medio y  $K < 0,5$ ; coeficiente de competencia bajo.

### **II.2.1.2. Validación de la clasificación**

Para evaluar la clasificación se tomaron en cuenta los siguientes criterios: inadecuada (I), poco adecuada (PA), adecuada (A), bastante adecuada (BA) y muy adecuada (MA) según la estructura, la pertinencia y el valor científico de la misma. (Anexo 3) Se consideraron las siguientes categorías evaluativas:

- Aceptada: Cuando el 100 % de los expertos evaluaron la estructura, la pertinencia y el valor científico de la clasificación propuesta como bastante adecuada y muy adecuada.
- Aceptada con dificultades: Cuando entre el 80 % y el 99 % de los expertos evaluaron la estructura, la pertinencia y el valor científico de la clasificación propuesta como adecuada o poco adecuada.
- No aceptada: Cuando los resultados no se ajustaron a lo anteriormente definido.

### **II.2.2. Segunda etapa. Fase I**

Relacionada con la caracterización de la actuación del especialista de Estomatología General Integral (EGI) durante la atención al paciente de riesgo quirúrgico.

#### **II.2.2.1. Obtención de la información**

Para caracterizar la actuación del especialista de EGI durante la atención al paciente quirúrgico se realizó una revisión de historias clínicas, observación, entrevista a los especialistas de EGI y encuesta a pacientes pertenecientes a las clínicas estomatológicas y servicios estomatológicos correspondientes a los municipios Cerro (Clínica Salvador Allende) y Centro Habana (servicios estomatológicos de los policlínicos Nguyen Van Troy, Joaquín Albarrán y la clínica estomatológica Sainz Casado) de la Provincia de La Habana.



### **II.2.2.1.1. Revisión de historias clínicas**

Se revisaron 1094 historias clínicas de pacientes de riesgo quirúrgico atendidos en el servicio de Estomatología Integral. Esta revisión fue realizada en dos periodos, 2018 y 2019, ejecutados por tres residentes de EGI en el primer periodo y dos en el segundo.

Las variables seleccionadas fueron:

Del interrogatorio:

- Antecedentes patológicos personales: se consideró si estaban registradas correctamente las enfermedades declaradas por el paciente y si adicionaban otro dato en relación con la misma.
- Uso de medicamentos: se tuvo en cuenta si estaba registrado el medicamento indicado y su dosificación para la enfermedad identificada en los antecedentes patológicos personales.

Del examen físico facial y bucal:

- Se observó si se describía alguna manifestación de enfermedad sistémica referida por el paciente en el interrogatorio.

Del dentigrama:

- Se observó si aparecía señalada la indicación de exodoncias o exodoncias realizadas, además de otros datos como restauraciones, endodoncia u otros.

Del diagnóstico:

- Si se registraron enfermedades bucales, caries dental, periodontopatías, disfunción masticatoria, lesiones de mucosa, u otros.

De la evolución:

- Se constató si aparecía algún comentario sobre la extracción realizada o de algún otro tratamiento de precaución según la enfermedad como endodoncias, tartrectomías, uso de profilaxis antibiótica, si escribían cifras de tensión arterial

o la justificación de alguna remisión al médico que atiende la enfermedad sistémica.

Todos los datos anteriores, se vaciaron en una planilla confeccionada al efecto y se muestra en el anexo 4.

#### **II.2.2.1.2. Observación**

La observación la realizaron los residentes de la especialidad de EGI de los servicios y clínicas estomatológicas seleccionadas, previamente entrenados por la autora de la investigación, a través de una guía de observación (Anexo5) teniendo en cuenta aspectos identificados de interés para analizar competencias.<sup>124-126</sup> La observación se aplicó a todos los especialistas de EGI que atendieron pacientes de riesgo quirúrgico (105). Se consideró como paciente de riesgo quirúrgico todo aquel que tuviera una enfermedad sistémica y que fuera sometido a una actividad quirúrgica.

#### **II.2.2.1.3. Discusión de grupo**

Se desarrolló la técnica de discusión de grupo para lo cual se seleccionaron 12 estomatólogos con más 10 años de experiencia en la labor asistencial, que asistieron al curso Atención Estomatológica Integral al paciente de riesgo quirúrgico impartido en la Facultad de Estomatología por la autora de la tesis en el año 2019.

La línea argumental estuvo constituida por cuatro preguntas (Anexo 6) relacionadas con la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico. La autora de la investigación fue la moderadora de la reunión. Previamente estableció los acuerdos iniciales, tales como objetivo, forma y tiempo de duración en que se desarrolló la técnica. La reunión se grabó con un dispositivo móvil y se pidió debida autorización a los participantes para ello. Completada la guía de preguntas se dio por terminada la reunión y se despidieron los concurrentes.

Posteriormente se transcribieron las opiniones de los participantes, se clasificaron las categorías relevantes y se interpretaron las mismas resumiéndolas como resultados de la técnica.

#### **II.2.2.1.4. Encuesta**

Se aplicó una encuesta (Anexo 7) en forma de cuestionario de seis preguntas, a pacientes mayores de 18 años con riesgo quirúrgico pertenecientes a los municipios Cerro y Centro Habana. Se incluyeron 148 pacientes visitados en la actividad de terreno. Se tuvieron en cuenta encuestas halladas en la bibliografía, una de ellas a pacientes hemofílicos y la otra dirigida a pacientes Diabéticos e Hipertensos.<sup>30, 58</sup>

Antes de su aplicación, el instrumento fue valorado por nueve profesores con más de 10 años en la docencia, bajo el principio de voluntariedad, quienes validaron las preguntas del instrumento mediante los criterios de Moriyama<sup>127</sup> razonable, comprensible, sensible a variaciones en el fenómeno que se mide, con suposiciones básicas justificables, con componentes claramente definidos y derivables de datos factibles de obtener, de acuerdo a la escala: mucho, poco, nada. Se consideró adecuado, si la mayoría de los ítems fueron evaluados por encima del 70 % con resultado de "mucho" en cada uno de los criterios. Del total de ítems del cuestionario dos fueron sustituidos por no haber alcanzado el 70 % con resultado de "mucho" (Anexo 8)

#### **II.2.2.1.5. Operacionalización de las variables**

- Antecedentes patológicos personales o enfermedad sistémica y uso de medicamentos para enfermedad sistémica: Escala: si o no. Descripción: según datos detallados en la historia clínica, observados en la actuación de los estomatólogos o referidos por los pacientes. Indicador: porcentaje.
- Examen físico facial, examen físico bucal, comentarios en las evoluciones: Escala: si o no. Descripción: según datos descritos en la historia clínica. Indicador:

porcentaje.

- Tratamientos quirúrgicos (Exodoncia): Escala: si o no. Descripción: según dentigrama, exodoncias realizadas o por realizar. Indicador: porcentaje
- Remisión al paciente: Escala: si o no. Descripción: según lo observado. Indicador: porcentaje.
- Examen previo al tratamiento estomatológico, indicación de cuidado especial: Escala: si o no. Descripción: según observados en la actuación de los estomatólogos o referidos por los pacientes. Indicador: porcentaje.
- Hora de citación: Escala: mañana, tarde, nunca, cualquier hora. Descripción: según repuestas de los pacientes. Indicador: porcentaje.

Al concluir esta fase se realizó una triangulación metodológica<sup>128</sup> para la determinación de regularidades, identificar y analizar coincidencias de los datos obtenidos de la revisión de las historias clínicas, de los resultados de la observación, de la discusión de grupo y de la encuesta a pacientes.

### **II.2.3. Segunda etapa. Fase II**

#### **II.2.3.I Concerniente a la caracterización de la bibliografía relacionada con la atención a pacientes de riesgo quirúrgico**

Se trazó una estrategia de búsqueda de información a partir de identificar distintas fuentes: electrónicas (fundamentalmente de Internet) y bibliotecas. En red, se emplearon descriptores como protocolo de actuación clínica, guías clínicas, riesgo quirúrgico, enfermedades crónicas, manejo estomatológico del paciente de riesgo quirúrgico relacionándolas entre sí. Se utilizó como motor de búsqueda Google Scholar, se consultaron las bases de datos MedLine, LILACS y ScieLO, y la colección de artículos académicos de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), entre otros. Los límites de la búsqueda para los artículos científicos y académicos fueron: publicaciones a texto

completo, en idioma español, inglés y portugués, de los últimos 20 años relacionados con investigaciones en el área de la protocolización de la atención médica y estomatológica. Se obtuvieron más de 200 artículos relacionados con el tema, de ellos se seleccionaron los artículos cuyos títulos sugerían protocolos de actuación, manejos clínicos o guías clínicas de práctica clínica para la atención estomatológica a pacientes con algún riesgo quirúrgico, quedando la búsqueda de la siguiente manera:

Bibliografía clasificada	Cantidad	Años de publicados		Países
		2000-2010	2011-2019	
Protocolos de actuación	13	3	10	Guatemala 1, Perú 2 Ecuador 3, Venezuela 1, Chile 2 Cuba 1, España 2, No dice 1
Manejos clínicos	11	2	9	Perú 4, Ecuador 1, México 2, Venezuela 1, Uruguay 1, Brasil 2
Guías de práctica clínica	10	3	7	Colombia 2, Cuba 3 España 1, El Salvador 3, Chile 1
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>8</b>	<b>26</b>	

### II.2.3.2. Evaluación de la literatura científica

Para facilitar la evaluación de la literatura científica encontrada, se utilizaron las pautas de valoración crítica de artículos establecidas por el Critical Appraisal Skills Programme España” (CASPe) (Programa de Habilidades en Lectura Crítica) <sup>120, 129, 130</sup>

Para lo cual se siguieron las siguientes fases de la lectura crítica:

- Primera fase (primera aproximación): Se realizó la selección de los artículos. Se tuvo en cuenta en esta fase: el título, los autores, el resumen y los resultados en relación con los objetivos de esta investigación.
- Segunda fase (segunda aproximación): Se analizó la capacidad del artículo para contestar al problema planteado en este estudio.
- Tercera fase (tercera aproximación): Una vez cumplimentadas las dos fases

anteriores, se analizó de manera más profunda el artículo, centrando la atención en la metodología del diseño, objeto de estudio y en el material utilizado.

- Los protocolos encontrados, fueron evaluados, además, según la estructura definida en las recomendaciones de la Guía para la elaboración de Protocolos de Alcaide Costa <sup>120</sup> y Sánchez Ancha. <sup>131</sup>

También, se indagó, empleando el correo electrónico y la vía telefónica, la existencia de protocolos de actuación para la atención estomatológica a pacientes con riesgo quirúrgico no publicados, en otros territorios del país sin obtener resultados positivos.

### **II.3. Tercera etapa. Diseño del protocolo para la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico**

El protocolo fue diseñado teniendo en cuenta la clasificación de pacientes especiales según requerimientos durante la atención estomatológica propuesta por la autora.

Se realizó especial énfasis en el contexto clínico de cada paciente, que se acompañó de varios factores de riesgo identificados a través de especificaciones adicionales para la historia clínica del paciente de riesgo quirúrgico incorporadas al interrogatorio, examen físico y resultados de complementarios, que vistos en su conjunto son los que determinan la evaluación de riesgo o menor riesgo y en función de estos, la estrategia terapéutica a realizar.

#### **II.3.1. Fase I. Preparatoria o propedéutica**

La selección del problema de salud a protocolizar se fundamentó en el marco teórico de la tesis y en la primera etapa de la investigación.

#### **Tipo de protocolo**

- El protocolo se diseñó para aplicarse en servicios estomatológicos de la atención primaria.
- Las actividades a protocolizar fueron para el tratamiento estomatológico al

paciente de riesgo quirúrgico.

- Se definió el grupo de trabajo que colaboró en la elaboración del protocolo siendo la responsable la autora de la investigación.
- Se elaboró el cronograma de la elaboración de la versión del protocolo.

### **II.3.2. Fase II. Elaboración del protocolo**

Para la elaboración del protocolo se siguieron los siguientes pasos:

- Definición de la estructura del protocolo y su contenido
- Redacción del protocolo
- Análisis del documento (versión preliminar)
- Redacción del documento definitivo

#### **II.3.2.1. Definición de la estructura del protocolo y su contenido**

Para definir la estructura del protocolo se siguieron las recomendaciones de la Guía para la elaboración de Protocolos de Alcaide Costa,<sup>120</sup> Sánchez Ancha<sup>131</sup> y Propuesta de protocolo para el manejo inicial del trauma maxilofacial grave de Morales Navarro<sup>132</sup> adaptado por la autora de la tesis.

Para la definición del contenido del protocolo, se realizó una entrevista a profundidad donde se tuvo en cuenta el problema a protocolizar, el que presentó la autora de la tesis a través de 10 preguntas, (Anexo 9) a ocho profesionales: especialistas de Hematología, Nefrología, Neumología, Gastroenterología, Endocrinología, y tres especialistas de Estomatología General Integral que se dedican a la atención estomatológica integral a los pacientes de riesgo quirúrgico en el instituto de Hematología, Cardiología y Oncología.

#### **II.3.2.2. Competencia de los especialistas**

Los especialistas implicados en la confección del protocolo autoevaluaron su competencia a través de una encuesta (Anexo 1 y 2), con el objetivo de obtener información acerca del conocimiento que poseían sobre el riesgo quirúrgico en los pacientes en la práctica

clínica.

Se elaboraron indicaciones para la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico basadas en estudios clínicos realizados con rigor científico identificados tras una exhaustiva revisión de la literatura, se consideró de máxima prioridad los resultados de estudios observacionales y otros con calidad científica, se clasificó la clase de recomendación y el nivel de evidencia científica sobre los aspectos diagnósticos y terapéuticos más importantes, siguiendo las orientaciones del instrumento AGREE II<sup>114-116</sup> y basado además en la opinión de expertos y en su juicio clínico.

#### **II.3.2.3. Etapas de la práctica basada en las evidencias ejercidas:**

- Identificación del problema: Se escogieron las actividades clínicas que pudieran crear incertidumbre o más relevantes.
- Localización de la mejor evidencia en la literatura científica: Se buscó con exhaustividad y eficiencia los trabajos científicos desarrollados sobre el tema.
- Lectura crítica de artículos: Se evaluó críticamente la validez los trabajos científicos, para interpretar los resultados y poder determinar su aplicabilidad.
- Aplicación y evaluación los resultados a la práctica clínica: Los resultados obtenidos se incluyeron en el protocolo y fueron evaluados en la propia práctica y contrastándolos con los de referencia.

Las evidencias en las recomendaciones de las decisiones más relevantes del protocolo fueron establecidas de acuerdo con los criterios de la guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial.<sup>133</sup> (Anexo 10).

#### **II.3.2.4. Operacionalización de las variables**

- Grado de conocimiento que posee sobre el tema: Escala: del uno al diez (del desconocimiento total [uno] al conocimiento total [diez]) Descripción: según autoevaluación de especialistas y expertos. Indicador numérico



- Fuentes de argumentación: Escala: análisis teóricos realizados, experiencia como profesional, trabajo de autores nacionales, trabajo de autores extranjeros, sus propios conocimientos sobre el estado del problema de investigación, su intuición (alto, medio, bajo) Indicador numérico.

#### **II.4. Validación del protocolo**

El proceso de validación del protocolo constó de dos fases, una de validación del contenido a través la consulta de expertos y la validación en la práctica en que se realizó un estudio piloto que incluyó la evaluación metodológica a través de la aplicación del instrumento AGREE II.

##### **II.4.1. Validación del contenido del protocolo**

Con el objetivo de validar el contenido del protocolo atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico, se realizó la consulta a expertos a través del método Delphi.

Luego de elaborada la primera versión del protocolo, la investigadora envió por correo electrónico o de manera personal el protocolo a cada uno de los expertos seleccionados, así como un cuestionario (Anexo 11) conformado por 16 ítems a los cuales se debía colocar una evaluación del uno al cinco(escala de Likert), donde se consideró cada respuesta del ítem con valor de: uno (no adecuado), dos (poco adecuado), tres (adecuado), cuatro (bastante adecuado) y cinco (muy adecuado), además de una pregunta abierta para expresar valoraciones cualitativas de cada experto acerca del protocolo propuesto, se le explicó que sus respuestas iban a ser anónimas y sus criterios o sugerencias socializadas con el resto, tantas veces como fuera necesario para lograr consenso.

Los expertos implicados en la confección del protocolo autoevaluaron su competencia a través de la encuesta aplicada a los especialistas y previamente explicada (Anexo 1 y 2),

con el objetivo de obtener información acerca del conocimiento que poseían sobre el riesgo quirúrgico en los pacientes en la práctica clínica. Se seleccionaron aquellos expertos que obtuvieron un coeficiente de competencia medio y alto.

Se registraron si existían conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. Se consideraron los resultados del cuestionario y se elaboró una nueva versión del protocolo.

Para la determinación del consenso entre los participantes del Panel de Expertos se empleó el Coeficiente de Concordancia (Cc)<sup>122</sup> determinado a través de la expresión:

$$Cc = \left(1 - \frac{Vn}{Vt}\right) \cdot 100$$

donde:

Vn: el número de votos negativos aportados por los expertos (se asumió como votos negativos la selección de la categoría poco adecuada e inadecuada)

Vt: el número de votos totales emitidos por los expertos.

Se consideró alcanzado dicho nivel de consenso cuando el Coeficiente de Concordancia (Cc) obtuvo un valor superior al 75 % de votos de “muy adecuado” resultado con el cual se concluyó el proceso.

#### **II.4.2. Validación en la práctica. Estudio piloto**

Se realizó un estudio descriptivo transversal en los escenarios docentes de la Facultad de Estomatología de los municipios Plaza de la Revolución, Habana Vieja, Centro Habana, Cerro y Habana del Este. Se seleccionaron las clínicas estomatológicas: Puentes Grandes y H y 21, del municipio Plaza de la Revolución, servicio estomatológico del policlínico Joaquín Albarrán del municipio Centro Habana y clínica Corrales del municipio Habana Vieja, los que fueron seleccionados de un universo de 16 servicios y clínicas estomatológicas acreditadas, en los cuales transcurre la formación de los

residentes de la especialidad de EGI, de los cuales se seleccionaron 10 por conveniencia.

El protocolo se aplicó a todos los pacientes de riesgo quirúrgico expresados en la población diana del protocolo, que acudieron a los servicios estomatológicos antes mencionados durante un periodo de tres meses.

Para evaluar en la práctica la ejecución del protocolo se utilizó la metodología establecida que propone el Programa de mejora continua de la calidad de Atención Estomatológica y la satisfacción de la población y los prestadores en los Servicios Estomatológicos<sup>1</sup> consistente en evaluar las dimensiones de estructura, proceso y resultados, establecidas en el modelo clásico de Donabedian adaptado para este fin por la autora de la investigación.<sup>134-141</sup>

Se definieron los criterios, indicadores y estándares siguientes:

<b>Criterios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Estándares</b>	
<b>Estructura</b>	Característica del servicio: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala con espacios adecuados</li> <li>- Unidad dental con condiciones apropiadas (agua, luz, para colocar eyector de saliva, con posibilidad de colocar en diferentes posiciones)</li> </ul>	Más del 60% presente	Suficiente
	Recursos materiales <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de historia clínica</li> <li>- Esfigmomanómetro</li> <li>- Estetoscopio</li> <li>- Equipo de Rx</li> <li>- Película de Rx</li> <li>- Instrumental (para la clasificación del paciente, para colocar amalgama, para realizar endodoncia, cirugía y set de anestesia)</li> </ul>	Del 40 al 59 % presente	Medianamente suficiente

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Materiales (restauradores, bases cavitarias, para endodoncia)</li> <li>- Anestesia sin vasoconstrictor</li> </ul>	Menos de 39 % presente	Insuficiente
<b>Proceso</b>	Modelo de registro de especificaciones adicionales para la historia clínica del paciente de riesgo quirúrgico.	80 al 100 % fueron aplicadas sin dificultad	Adecuado
	<ul style="list-style-type: none"> <li>..Aspectos claves (determinación de riesgo o menor riesgo)</li> <li>- Algoritmo de tratamiento cuando el paciente es de riesgo(urgencia)</li> <li>- Algoritmo de tratamiento cuando el paciente es de menor riesgo(con adecuaciones)</li> </ul>	60 al 89 % fueron aplicadas sin dificultad	Medianamente adecuado
		Inferior al anterior	Inadecuado
<b>Resultados</b>	Atención del paciente de riesgo quirúrgico	Cantidad de residentes que responden que mejora entre total de residentes por 100	Favorable
	<p>Aplicación de los procedimientos clínicos con mayor seguridad</p> <p>Satisfacción de los prestadores</p>	<p>Cantidad de residentes que responden que aplican procedimientos con seguridad entre total de residentes por 100</p> <p>Si más del 90 % dice que sí y muestran clara satisfacción</p>	
		Inferior al anterior y el test indica insatisfacción o contradicción	Desfavorable

Para determinar la satisfacción de los prestadores (residentes de EGI seleccionados) se aplicó el Test de satisfacción de V.A. Iadov.<sup>142</sup>(Anexo 12) Para el análisis de las respuestas del test de satisfacción, fue empleado el cuadro patrón lógico de V. A. Iadov<sup>142</sup>(Anexo 13). Cada encuestado recibió una evaluación individual en dependencia de la respuesta a las preguntas cerradas. Estas respuestas debían ser sí, no sé o no en el caso de las preguntas del test uno y dos, mientras que en la pregunta tres se debía seleccionar una de las siguientes respuestas:

Me gusta mucho, Me gusta más de lo que me disgusta, Me da lo mismo, Me disgusta más de lo que me gusta, No me gusta nada, No sé qué decir

El número resultante de la interrelación de las tres preguntas indicó la posición de cada encuestado en la siguiente escala:

1. Clara satisfacción, 2. Más satisfecho que insatisfecho, 3. No definida, 4. Más insatisfecho que satisfecho, 5. Clara insatisfacción, 6. Contradictoria.

Para calcular el índice de satisfacción grupal (ISG) se expresó una escala numérica desde +1 (máxima satisfacción) hasta -1(máxima insatisfacción). Para obtenerlo se trabajó con diferentes niveles de satisfacción obtenido para cada encuestado de la forma que se muestra en la siguiente fórmula:

$$ISG = A (+1) + B (+0,5) + C (0) + D (-0,5) + E (-1) / N$$

A, B, C, D y E son el número de residentes encuestados con las categorías 1; 2; 3; 4 y 5 de satisfacción personal y N la cantidad total de residentes encuestados. Los factores utilizados tuvieron el significado siguiente:

(+1) Máximo de satisfacción. (+0,5) Más satisfecho que insatisfecho. (0) No definido y contradictorio. (-0,5) Más insatisfecho que satisfecho. (-1) Máxima insatisfacción. Los valores que se encontraban comprendidos entre: - 1 y - 0,5 indicaron insatisfacción, - 0,49 y + 0,49 evidenciaron contradicción, - 0,5 y 1 indicaron que satisfacción.

Para la ejecución del estudio piloto, se realizó un taller con el grupo de residentes de la especialidad de EGI, donde se explicaron todos los aspectos previamente descritos. (Anexo 14)

#### **II.4.3. Evaluación metodológica del protocolo según el instrumento AGREE II**

Una vez analizados los resultados del estudio piloto se procedió a realizar la evaluación metodológica del protocolo a través de la aplicación del instrumento AGREE II <sup>116, 143,144</sup> con 23 ítems claves agrupados en seis áreas o dimensiones. Se obtuvo la información a través de una planilla que resumió las mismas. <sup>145</sup> (Anexo 15)

Se seleccionaron cuatro evaluadores, para que el resultado de la evaluación fuera más sensible y específico, según recomienda la técnica. Los evaluadores fueron directores o subdirectores de los servicios estomatológicos implicados en el estudio piloto (clínicas Puentes Grandes y H y 21 del municipio Plaza de la Revolución, servicio estomatológico del policlínico Joaquín Albarrán del municipio Centro Habana y clínica Corrales de del municipio Habana Vieja).

Se realizó un encuentro para familiarizar a los evaluadores con el uso del instrumento y se puso a su disposición el protocolo y la totalidad de la guía e instrucciones para el uso de la misma. Los evaluadores calificaron cada uno de los ítems siguiendo una escala de Likert de 4 puntos: 1 muy en desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 de acuerdo y 4 muy de acuerdo. El resultado final obtenido en el área evaluada se calculó con la siguiente fórmula: 
$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{mínima puntuación posible}}{\text{Máxima puntuación posible} - \text{mínima puntuación posible}} \times 100.$$

De ésta manera se evaluó el protocolo:

**Muy recomendado:** Cuando la puntuación estaba entre 3-4 en la mayoría de los ítems, y la puntuación por áreas superaba el 60 % de los puntos.

**Recomendado con condiciones o modificaciones:** Si el porcentaje de ítems que

puntuaba alto y bajo era similar y las puntuaciones por áreas alcanzaba valores entre 30-60 %, en cuyo caso podrían realizarse modificaciones y volverla a reevaluar.

No recomendado: Si los valores obtenidos resultaban inferiores a los anteriores, tanto por ítems como por áreas.

#### **II.4.4. Operacionalización de las variables**

- Definición de los objetivos, Definición de autores e institución, Definición de la población diana, Grupo de trabajo que incluye a todas las especialidades, Recursos necesarios, Barreras potenciales en su aplicación, Coherencia y secuencia lógica de diagnóstico en las fases del manejo del paciente de riesgo quirúrgico, Coherencia y secuencia lógica de tratamiento en las fases del manejo del paciente de riesgo quirúrgico, Pertinencia de los medios auxiliares de diagnóstico propuestos, Algoritmo de actuación, Criterios de revisión que permitan su monitorización y evaluación, Establecimiento de fecha y procedimiento de actualización, Información a pacientes y familiares, Relevancia científica y metodológica, Referencias bibliográficas que sustentan el protocolo y Relevancia del modelo de historia clínica y clasificación de paciente de riesgo quirúrgico fueron cualitativas ordinales. Se empleó una escala del uno al cinco (desde no adecuado [uno] a adecuado [cinco]), según la evaluación obtenida. Indicador numérico.
- Estructura: Escala: suficiente, medianamente suficiente e insuficiente. Descripción: según porcentaje. Indicador: por ciento.
- Proceso: Escala: adecuado, medianamente adecuado e inadecuado. Descripción: según evaluación obtenida. Indicador por ciento.
- Resultado: Escala: favorable o desfavorable. Descripción: según evaluación obtenida. Indicador por ciento.
- Índice de satisfacción grupal: Escala: insatisfacción, contradicción o satisfacción.

Descripción: según evaluación obtenida. Indicador numérico.

- Alcance y objetivos, Participación de los implicados, Rigor en la elaboración, Claridad de la presentación, Aplicabilidad, Independencia editorial. Escala: del uno al cuatro, (muy en desacuerdo [uno] a muy desacuerdo [cuatro]) según la evaluación obtenida. Indicador: numérico.

## **II.5. Otras técnicas de procesamiento y análisis de la información**

Se evaluó la fiabilidad del cuestionario aplicado a los expertos a través de la consistencia interna a partir de las respuestas de los encuestados en la escala de Likert de cinco puntos para lo cual se calculó el alfa de Cronbach.

El procesamiento y análisis de la información obtenida a través de las distintas técnicas aplicadas se realizó a través del software Excell 2016 y el programa estadístico IBM SPSS Statistics v22.0, para Windows. Se trabajó con números enteros, se calculó la frecuencia absoluta de las evaluaciones, media de puntuaciones, desviación estándar, valor mínimo y máximo.

Para obtener los resultados del estudio piloto realizado se recogieron los datos por cada criterio, se determinaron los por cientos de cada estándar estudiado y se presentaron los resultados por cada uno de ellos.

La información se presentó mediante textos, tablas y gráficos estadísticos para su mejor comprensión.

## **II.6. Consideraciones éticas**

La investigación fue aprobada por el comité de ética de la investigación de la Facultad de Estomatología de La Habana con el compromiso de que sus resultados coadyuvaran al perfeccionamiento de la calidad de la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico. Se tuvo en cuenta lo establecido en Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones en seres humanos. (Helsinki 2013)



Se basó en los principios del respeto, la autodeterminación, la integridad, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación, informándose a los participantes de los fines que se persiguen con el desarrollo del proceso investigativo, la privacidad que exige el anonimato de los que participan y la confidencialidad por parte de la investigadora. Todas las personas que participaron en el estudio fueron informadas previamente del propósito de la investigación y se les solicitó su consentimiento informado de forma verbal o escrita y los instrumentos fueron aplicados sin la presencia de personas ajenas a la investigación. Los datos obtenidos fueron presentados en forma resumida y sólo con fines científicos.

Para el análisis e los datos registrados en las historias clínicas se realizó la solicitud correspondiente al departamento de Estadística de las instituciones previamente señaladas. (Anexo 16) En la discusión de grupo se contactaron previamente a los participantes y se les informó sobre el tema a tratar, todos participaron de manera voluntaria. Se solicitó, de forma verbal, el consentimiento informado y un compromiso de respeto y confidencialidad. Se dispuso de un local apropiado. Para la aplicación de la encuesta a pacientes se solicitó el consentimiento informado. (Anexo 17). En el estudio piloto, la autora de la investigación, en conjunto con las profesoras encargadas de la docencia en los servicios seleccionados para la realización del estudio, solicitó la autorización de los responsables pertinentes. Se realizó un encuentro con los residentes para hacer una breve descripción de la problemática, los objetivos que se perseguía con la aplicación del protocolo, aspectos para implementarlo en la clínica y obtener el consentimiento para participar en el estudio.

## **Conclusiones del capítulo II**

En el proceso de diseño del protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico, se desplegó una investigación de desarrollo e innovación tecnológica

(I+D+I) donde fueron de gran utilidad las técnicas cualitativas y cuantitativas aplicadas para el desarrollo de cada una de las etapas de la investigación y el logro de los objetivos planteados. Las técnicas de análisis y procesamiento de la información seleccionada contribuyeron al sustento científico metodológico de la tesis que se presenta.

## **CAPÍTULO III. RESULTADOS**

### CAPÍTULO III. RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen y analizan los resultados de la investigación, que dan respuesta a los objetivos del trabajo.

#### III.1. Resultado de la Primera etapa. Clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica.

##### III.1.1. Caracterización de los expertos

En la tabla se muestran las características de los expertos que participaron en la evaluación de la clasificación. Se muestra que predominaron los especialistas de segundo grado, la categoría científica de máster y docente de auxiliar.

**Tabla 1.** Caracterización de los expertos.

Especialidad			Categoría Científica		Categoría Docente			Total
Nombre	1 er Grado	2 do Grado	Máster	Dr. C	Asistente	Auxiliar	Titular	
EGI*		5	4	1		4	1	5
CMF**				1		3	1	4
Médico fisiólogo		1		1			1	1
Médico farmacólogo	1		1		1			1
Médico Medicina Interna		1	1			1		1
Médico epidemiólogo		1	1			1		1
Ciencias básicas		2		2			2	2
Total	1	10	7	5	1	10	5	15

\*Especialista en estomatología general integral\*\* Especialista en Cirugía Máxilo Facial

Los expertos seleccionados para evaluar la clasificación alcanzaron un coeficiente de competencia alto lo cual se muestra en la tabla 2.

**Tabla 2.** Nivel de competencia de los expertos

Expertos	Kc	Ka	K	Valoración
1	1,00	1,00	1,00	alto
2	0,90	1,00	0,95	alto
3	0,90	1,00	0,95	alto
4	1,00	1,00	1,00	alto
5	0,80	1,00	0,90	alto
6	0,90	1,00	0,95	alto
7	0,90	1,00	0,95	alto
8	1,00	1,00	1,00	alto
9	0,90	1,00	0,95	alto
10	0,90	1,00	0,95	alto
11	1,00	1,00	1,00	alto
12	1,00	1,00	1,00	alto
13	1,00	1,00	1,00	alto
14	0,90	1,00	0,95	alto
15	1,00	1,00	1,00	alto

**III.1.2. Resultado de la validación de la clasificación**

De los 15 expertos que evaluaron la clasificación, el 86,6 % la consideraron Muy adecuada y el 13,3 % Bastante adecuada, por lo que se consideró como Aceptada.

**Tabla 3.** Validación de la clasificación de pacientes especiales y riesgo quirúrgico según sus requerimientos en la atención estomatológica.

Evaluación	Total	
	No	%
Muy Adecuada	13	86,6
Bastante adecuada	2	13,3
Total	15	100

Las sugerencias y recomendaciones realizadas por los expertos fueron las siguientes:

- Llamar al grupo IV Discapacitado intelectual y no Deficiencias mentales.
- Sustituir los términos deficiencia por discapacidad.
- Esclarecer mediante conceptos los grupos de la clasificación.
- Sustituir enfermedades pulmonares por respiratorias.
- Esclarecer que esta clasificación es solo para pacientes adultos.

- Sustituir pacientes con ansiedad por síndrome ansioso depresivo.
- Especificar que las alergias son a medicamentos, ya que existen otros tipos de alergia que no crean interferencias con el tratamiento estomatológico.
- Eliminar la enfermedad de Alzheimer y utilizar Demencia.

Todas fueron consideradas para elaborar la versión final, la que se muestra a continuación.

### **Clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica**

Grupo I Pacientes de riesgo quirúrgico

Los subgrupos del A al D incluyen pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles cuya enfermedad de base o medicamentos indicados pueden contraindicar el tratamiento estomatológico.

Subgrupo A: Se incluyen en este grupo las enfermedades hematológicas, cardiovasculares, renales, respiratorias, endocrinas, oncológicas y digestivas. Subgrupo B: Se incluyen en este grupo las enfermedades neurológicas y psiquiátricas, tales como: epilepsia, párkinson, demencia, síndrome ansioso depresivo, autismo, esquizofrenia, y otras. Los pacientes incluidos en este apartado pudieran presentar otras características de comportamiento que son necesarias evaluar durante el tratamiento estomatológico, ya que entrañan dificultades en el manejo clínico. Subgrupo C: Se incluyen en este grupo las enfermedades inmunitarias: alergias medicamentosas, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico, pénfigo vulgar, eritema multiforme, entre otras. Agrupa enfermedades propensas a la infección y con manifestaciones multiorgánicas.

Subgrupo D: Se incluyen enfermedades crónicas transmisibles. Enfermedades con las que se requiere otras condicionantes para evitar riesgos de transmisión: VIH, hepatitis crónica B y C, tuberculosis, entre otras.

Subgrupo E: Sin enfermedad crónica pero tributarios de tratamientos especiales: ancianos y embarazadas.

Grupos II, III, IV, V

Grupo II. Discapacidades físicas: Las que afectan a personas con problemas como amputaciones y pérdida de movilidad.

Grupo III. Discapacidades sensoriales: Afectan a personas con problemas de visión, audición o lenguaje.

Grupo IV. Discapacitado intelectual: Paciente con síndrome de Down, de Lejeune, de Rett, del cromosoma X fragile.

Grupo V. Pacientes con diferentes condiciones: El paciente puede presentar dos o más de las alteraciones anteriores, ya sea que posea dos o más enfermedades del grupo lo que combine dos o más clasificaciones. Por ejemplo: paciente diabético e hipertenso, débil visual e hipertenso, embarazada diabética.

### **III.2. Resultados de segunda etapa. Fase I. Relacionada con la descripción de la actuación del especialista (EGI) durante la atención al paciente de riesgo quirúrgico**

Descripción de las principales enfermedades de riesgo quirúrgico encontradas en el estudio

Las enfermedades que constituyeron riesgo quirúrgico, identificadas en la revisión de las historias clínicas, durante la observación y en la entrevista realizada a los pacientes de riesgo quirúrgico, se muestra en la tabla 4.

En el caso de las historias clínicas revisadas, el 38,5% de los pacientes en el interrogatorio refirieron padecer de hipertensión arterial, seguido de los afectados por cardiopatías con

30,9%. Tanto en la observación efectuada a los estomatólogos y lo expresado en la entrevista a los pacientes, la hipertensión arterial constituyó la enfermedad más frecuente con 37,9% y 37,2% respectivamente, seguida de la diabetes mellitus en ambos casos con 31,6% en la primera y 29,0% en los segundos.

**Tabla 4.** Distribución de enfermedades que constituyeron riesgo quirúrgico encontrado en las historias clínicas, en la observación y en los pacientes

Enfermedades que constituyeron riesgo quirúrgico	HC		Observación		Pacientes	
	No.	%	No.	%	No.	%
HTA	694	38,5	85	37,9	82	37,2
Trastornos cardiovasculares	556	30,9	26	11,6	36	16,3
Diabetes Mellitus	304	16,9	71	31,6	64	29,0
Trastornos del tiroides	-	-	5	2,2	4	1,8
Trastornos respiratorios	213	11,8	23	10,2	18	8,1
Trastornos renales	30	1,6	4	1,7	4	1,8
Trastornos gastrointestinales	1	0,05	7	3,1	6	2,7
Trastornos oncológicos	-	-	3	1,3	6	2,7
Total	1798	100	224	100	220	100

### III.2.1. Resultados de la revisión de las historias clínicas y la observación

En la **tabla 5** se muestran los resultados de las historias clínicas revisadas relacionados con los datos recogidos en el interrogatorio y el examen físico. En un 34.7% se detalla lo relacionado con el uso de medicamentos indicados para las enfermedades de base de los pacientes. Referente a los antecedentes patológicos personales se observó un bajo porcentaje, solo 5,4% incluyó datos inherentes a especificidades de la enfermedad de riesgo quirúrgico. En el apartado de examen físico facial y bucal solo el 4,6% y 5,3% respectivamente describieron afectaciones, aunque no relacionadas directamente con manifestaciones bucales de alguna enfermedad de riesgo quirúrgico.



**Tabla 5.** Distribución las historias clínicas según datos descritos en el paciente de riesgo quirúrgico

HC	Si		No	
	No.	%	No.	%
Antecedentes patológicos personales	98	5,4	996	20,8
Medicamentos de uso para la enfermedad sistémica	619	34,7	475	9,9
Examen físico facial	83	4,6	1011	21,1
Examen físico bucal	95	5,3	999	20,8
Dentigrama( tratamiento quirúrgico)	465	26,0	629	13,1
Evolución	423	23,7	671	14,0
Total	1783	100	4781	100

En la **tabla 6**, se describe como se distribuyen los pacientes según datos analizados en la guía de observación. El 31,1% de los estomatólogos indagan sobre los medicamentos que utilizan los pacientes para compensar la enfermedad de base, no comportándose del mismo modo en el caso de profundizar sobre los antecedentes patológicos personales, donde se corroboró que solamente el 10,3%, tuvo en cuenta esta intención. El 22,5% de los pacientes fueron remitidos a su médico de la especialidad determinada previo al tratamiento quirúrgico.

**Tabla 6.** Distribución de la actuación de los estomatólogos según acápites recogidos en la guía de observación

Observación	Si		No	
	No.	%	No.	%
Antecedentes patológicos personales	24	10,3	81	27,5
Medicamentos de uso para la enfermedad sistémica	72	31,1	33	11,2
Remisión al médico de asistencia de la enfermedad sistémica	52	22,5	53	18,0
Indicación de cuidado especial	45	19,4	60	20,4
Exámenes previos	38	16,4	67	22,7
Total	231	100	294	100

### **III.2.2. Resultados del análisis de contenido de la técnica de discusión de grupo**

La discusión de grupos con los estomatólogos seleccionados permitió obtener un listado definitivo de criterios relacionados con las categorías y subcategorías identificadas en el procesamiento y análisis de los datos según la entrevista realizada. Los principales resultados son los siguientes:

- La mayoría estuvo de acuerdo que el estomatólogo no estaba preparado para enfrentar la atención al paciente de riesgo quirúrgico que asiste a la consulta estomatológica.
- Por consenso, los integrantes del grupo reconocieron que existen dificultades para determinar qué tipo de paciente es considerado de riesgo quirúrgico, aportando disimiles criterios al respecto.
- Todos aportaron datos diversos relacionados con la manera de realizar los tratamientos a pacientes de riesgo quirúrgico, facilitaron datos de cómo efectuaban el tratamiento sobre todo a los diabéticos e hipertensos, pero sin unidad de criterios.
- Para determinar cuando un paciente estaba compensado de su enfermedad o no para realizar tratamiento quirúrgico, todos consideraron que lo hacían a través de la medición de la tensión arterial y teniendo en cuenta si había recibido correctamente el medicamento prescrito para su enfermedad el día de la actividad quirúrgica.

### **III.2.3. Resultados de la encuesta a pacientes**

En la Tabla 7 se observa que el 29,6 % de los pacientes encuestados refieren que los estomatólogos indagan sobre la enfermedad de base que padecen. Respecto a si preguntan sobre los medicamentos que utilizan para tratar la enfermedad sistémica, el

30,2% respondió afirmativamente. Los restantes acápites estudiados exhibieron cifras inferiores.

**Tabla 7.** Distribución de las respuestas de los pacientes según los datos explorados por los estomatólogos.

Datos	Si		No	
	No.	%	No.	%
¿Preguntan datos sobre la enfermedad sistémica?	100	29,6	48	11,9
¿Preguntan sobre medicamentos de uso para la enfermedad sistémica?	102	30,2	46	11,4
¿Lo remiten a su médico que trata la enfermedad sistémica?	30	8,9	118	29,2
¿Le indican de cuidados especiales?	62	18,3	86	21,3
¿Le realizan exámenes previos a la atención estomatológica?	43	12,7	105	26,0
Total	337	100	403	100

Sobre el horario en que citan a los pacientes de riesgo quirúrgico a la consulta estomatológica, Tabla 8, se evidencia que hay un predominio en el horario de la mañana con 32,7 %, aunque existe irregularidad en la citación de estos pacientes, haciéndose más tangible con el dato al observar que el 27,2 % plantea que son citados a cualquier hora.

**Tabla 8.** Distribución del horario de citación de los pacientes según enfermedad

Enfermedad	Horario									
	mañana		tarde		cualquiera		nunca		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hipertensión arterial	30	36,5	12	14,6	16	19,5	24	29,2	82	100
Trastornos cardiovasculares	-	-	8	22,2	12	33,3	16	44,4	36	100
Diabetes Mellitus	28	43,7	6	9,3	18	28,1	12	18,7	64	100
Trastornos de tiroides	2	50	-	-	2	50	-	-	4	100
Trastornos respiratorios	2	11,1	2	11,1	8	44,4	6	33,3	18	100
Trastornos renales	2	50	-	-	2	50	-	-	4	100
Trastornos gastro intestinales	2	33,3	-	-	-	-	4	66,6	6	100
Trastornos oncológicos	1	16,6	2	33,3	3	50	-	-	6	100
Total	72	32,7	30	13,6	60	27,2	56	25,4	220	100

Después de presentados los resultados de las técnicas realizadas, se trianguló la información, resumiendo las principales regularidades de la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico de la siguiente manera:

- En las historias clínicas se plasman pocos aspectos importantes y necesarios durante la entrevista para valorar los riesgos en estos pacientes, no se describen las acciones previas al tratamiento quirúrgico o los motivos de remisiones al médico que atiende la enfermedad sistémica.
- La observación realizada a los especialistas de EGI, pone de manifiesto insuficiencias para realizar un exhaustivo interrogatorio, examen físico y limitado uso de exámenes previos a la terapéutica estomatológica.
- En la discusión de grupo realizada con los estomatólogos se determinaron inconsistencias en cuanto la identificación al paciente de riesgo quirúrgico, en

la unificación de criterios para efectuar los tratamientos y redundaron en la necesidad de estudiar con más profundidad elementos de riesgo que pueden estar presentes en estos pacientes.

- Los resultados de las encuestas de los pacientes mostraron diversas opiniones que evidenciaron incongruencias en la atención.

### **III.2.4. Resultados de la segunda etapa. Fase II. Caracterización de la bibliografía relacionada con la atención a pacientes de riesgo quirúrgico**

#### **III.2.4.1. Resultado de la lectura crítica**

Fueron evaluados 13 protocolos, de los cuales nueve transitaron las tres fases evaluativas, de ellos siete, aportaron con sus resultados, datos para la confección del protocolo del presente estudio, estos son:

- Protocolo a seguir por el profesional y estudiante de odontología con pacientes que están condicionados sistémicamente y cuidados que deben tomarse en cuenta al momento de realizar un tratamiento con el fin de actualizar la ficha clínica del mismo.<sup>27</sup>
- Protocolo de atención odontológica para pacientes con hipertensión arterial que acuden a la sede Colón.<sup>30</sup>
- Protocolo quirúrgico en adultos sanos y sistémicamente comprometidos.<sup>60</sup>
- Protocolo de atención para el tratamiento bucal quirúrgico a pacientes con cardiopatías isquémicas, revisión de la literatura.<sup>37</sup>
- Protocolo para la atención clínica odontológica de pacientes hipertensos.<sup>146</sup>
- Protocolos de atención dental en pacientes con diabetes mellitus.<sup>147</sup>
- Protocolo del manejo odontológico de pacientes con hepatopatías.<sup>148</sup>

Los restantes protocolos evaluados, aportaron sobre conceptos y generalidades de diabetes mellitus.

- Protocolo quirúrgico para el manejo de pacientes diabéticos sometidos a procedimientos de cirugía bucal. <sup>33</sup>
- Protocolo Quirúrgico aplicado a pacientes diabéticos en la Clínica de Cirugía Bucal en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil. <sup>149</sup>

Fueron evaluados, además, 11 manejos clínicos, de ellos seis cumplieron con la valoración crítica realizada, aportando datos por la relevancia clínica de sus resultados y que contribuyeron a la confección del protocolo, estos fueron:

- Manejo odontológico en pacientes diabéticos e hipertensos en el centro de salud no. 2 “Las Casas” Quito. <sup>11</sup>
- Manejo del paciente cardiológico previo a procedimientos odontológicos. <sup>36</sup>
- Manejo quirúrgico de pacientes con enfermedades sistémicas. <sup>150</sup>
- Manejo odontológico en pacientes con enfermedades cardiovasculares. <sup>151</sup>
- Manejo clínico estomatológico en pacientes con insuficiencia renal crónica. <sup>152</sup>
- Manejo odontológico del paciente con patología cardiovascular. <sup>153</sup>

La valoración crítica de las 10 Guías clínicas permitió que solo cuatro fueran seleccionadas, pero solo una por la aplicabilidad de sus resultados:

- Guía de práctica clínica en salud oral paciente con compromiso sistémico. <sup>154</sup>

Las restantes aportaron a la metodología de la confección del protocolo:

- Guía de Práctica Clínica para el manejo de episodios depresivos y trastornos depresivos recurrentes pacientes entre 18 y 64 años. <sup>145</sup>
- Guías de práctica clínica enfermedad cerebro vascular. <sup>155</sup>
- Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. <sup>132</sup>

### **III.2.4.2. Evaluación según la estructura definida para la elaboración de Protocolos**

De los 13 protocolos revisados ninguno poseía la metodología establecida para su elaboración. Los protocolos que presentaron algunos de los requerimientos establecidos fueron:

Protocolo de atención odontológica para pacientes con hipertensión arterial que acuden a la sede Colón: <sup>30</sup>

- Presentó cronograma y algoritmo.

Protocolo quirúrgico aplicado a pacientes diabéticos en la clínica de Cirugía Bucal en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil: <sup>151</sup>

- Aparece el acápite de los recursos necesarios para la implementación del mismo.

Protocolos de atención dental en pacientes con diabetes mellitus: <sup>147</sup>

- Se proponen algoritmos de actuación.

### **III.3. Resultados de la Tercera Etapa. Diseño del protocolo para la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico**

#### **III.3.1. Estructura del protocolo**

El protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico se presenta en un documento que forma parte de esta tesis (Anexo 18). La estructura del mismo fue definida de la siguiente manera:

- Presentación
- Introducción
- Justificación del protocolo
- Objetivos

- Profesionales a quienes va dirigido
- Población diana
- Proceso de elaboración
- Recursos necesarios
- Limitaciones posibles para la implementación del protocolo
- Equipo de trabajo para la atención al paciente de riesgo quirúrgico
- Medidas de bioseguridad a emplear por el personal de salud
- Procedimientos clínicos
- Algoritmos de actuación
- Aspectos legales y registros
- Proceso de implantación
- Glosario de términos y abreviaturas
- Grado de evidencia y nivel de recomendación
- Referencias bibliográficas
- Anexos

### **III.3.2. Definición del contenido y redacción del protocolo**

El grupo de trabajo que contribuyó a la confección del protocolo en cuanto a contenido y redacción estuvo constituido por ocho integrantes, caracterizados en la tabla 9. El 87,7% de los especialistas muestran más de 16 años de experiencia en la atención al paciente de riesgo quirúrgico, todos con prestigio profesional reconocido a nivel nacional e internacional, con investigaciones realizadas en diferentes temáticas en este tipo de pacientes.



**Tabla 9.** Caracterización de los especialistas.

No	Especialidad		Categoría			Años de experiencia
	Nombre	Grado	Científica	Docente	Investigativa	
1	EGI* Cardiología	2do	Máster	Auxiliar	Agregado	16
2	Hematología	2do	Máster	Auxiliar	Auxiliar	21
3	Endocrinología	2do	Máster	Auxiliar	Titular	43
4	Nefrología	2do	Máster	Auxiliar	Auxiliar	21
5	EGI* oncología	2do	Máster	Auxiliar	-	20
6	Neumología	2do	DrC	Titular	Auxiliar	45
7	Gastroenterología	2do	DrC	Titular	Titular	30
8	EGI* Hematología	1ro	-	-	-	5

\*Estomatólogo general integral dedicado a la atención de los pacientes de los institutos mencionados.

El nivel de competencias de los especialistas se muestra en la tabla 10 en la que se aprecia que el 100 % obtuvo un nivel de competencia entre 0,80 y 1 por lo que fueron seleccionados todos para realizar el análisis del contenido del protocolo.

**Tabla 10.** Nivel de competencia de los especialistas

Especialistas	Kc	Ka	K	Valoración
1	0,80	1,00	0,90	alto
2	0,90	1,00	0,95	alto
3	1,00	1,00	1,00	alto
4	0,90	1,00	0,95	alto
5	0,90	1,00	0,95	alto
6	1,00	1,00	1,00	alto
7	0,90	1,00	0,95	alto
8	1,00	1,00	1,00	alto

Los aportes de cada uno de estos especialistas dieron lugar al contenido general del protocolo, sobre todo en lo concerniente a los procedimientos clínicos y confección de los algoritmos de actuación. De manera general el protocolo incluyó tres etapas importantes.

- Primeramente, la aplicación de un modelo de registro de especificaciones adicionales confeccionado solo para el paciente de riesgo quirúrgico.

- La segunda consistió en la clasificación del paciente de riesgo o menor riesgo, según aspectos clave identificados dentro de las especificaciones adicionales anteriores.
- Por último, la selección del tratamiento de acuerdo a la condición establecida, pudiendo ser de urgencia o con adecuaciones y que a su vez son clasificados como invasivos, no invasivos o farmacológicos.

A las actividades más relevantes del protocolo se les confirieron los criterios utilizados para determinar el nivel de la evidencia y el grado de recomendación, así como las expresiones propuestas, respaldadas por las referencias bibliográficas adecuadas para cada caso, de un total de 14 seleccionadas. A continuación, se muestra un resumen del resultado de este procedimiento en la tabla 11.

Del total de actividades consideradas relevantes el 100 % tuvo un nivel de evidencia C, correspondiente al consenso de opinión de expertos o pequeños estudios, estudios retrospectivos y registros. Con relación al grado de recomendación el 58,3 % fueron definidas como II a, es decir, que el peso de la evidencia u opinión está a favor de la utilidad o eficacia y por ende se debe considerar en la toma de decisiones, el 8,3% II b, que se corresponde en que la utilidad o eficacia está menos establecida por la evidencia u opinión y se puede recomendar y el resto, 33,3%, tuvo grado de recomendación III, lo que significa que por acuerdo general el tratamiento no es útil o efectivo y en algunos casos pudiera ser perjudicial, por lo que no se recomienda realizarlo.

**Tabla 11.** Criterios del nivel de la evidencia y el grado de recomendación

Actividad relevante	Nivel de evidencia	Grado de Recomendación					
		II a		II b		III	
		No.	%	No.	%	No.	%
12	C	7	58,3	1	8,3	4	33,3

### III.4. Resultados de la validación del protocolo

#### III.4.1. Análisis del contenido del documento

Una vez realizada la primera versión del protocolo fue sometido a criterio de expertos para su análisis.

#### III.4.1.2. Caracterización de los expertos

En la tabla 12 se muestran las características de los expertos que participaron en la investigación. Como se observa predominó la categoría docente de auxiliar con un 60%, los especialistas de segundo grado, también con un 60 % y la categoría científica de máster con un 72 %.

**Tabla 12.** Caracterización de los expertos

Expertos	Categoría docente						Especialidad				Categoría científica				Total
	Titular		Auxiliar		Asistente		1er grado		2do grado		DrC		MSc		
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
EGI	1	10	6	60	3	30	4	40	6	60	1	10	9	90	10
CMF	-	-	2	50	2	50	3	75	1	25	-	-	3	75	4
Periodoncia	1	20	4	80	-	-	2	40	3	60	2	40	3	60	5
Prótesis	-	-	2	100	-	-	-	-	2	100	-	-	2	100	2
Ortodoncia	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100	1	100	-	-	1
C. Básicas	1	33,3	1	33,3	1	33,3	1	33,3	2	66,6	2	66,3	1	33,3	3
Total	4	16	15	60	6	24	10	40	15	60	6	24	18	72	25

El nivel de competencias de los expertos se muestra en la tabla 13, en la que se aprecia que el 100 % obtuvo un nivel de competencia entre 0,80 y 1 por lo que fueron seleccionados todos para realizar el análisis de la versión preliminar del protocolo.

**Tabla 13.** Nivel de competencia de los expertos

Expertos	kc	ka	k	Valoración
1	0,80	1,00	0,90	Alto
2	0,80	0,90	0,85	Alto
3	0,80	0,90	0,85	Alto
4	0,80	0,80	0,80	Medio
5	0,70	0,90	0,80	Medio
6	0,80	1,00	0,90	Alto
7	0,90	1,00	0,95	Alto
8	1,00	1,00	1,00	Alto
9	1,00	1,00	1,00	Alto
10	0,80	1,00	0,90	Alto
11	0,90	1,00	0,95	Alto
12	0,80	0,90	0,85	Alto
13	0,90	1,00	0,95	Alto
14	0,80	0,90	0,85	Alto
15	0,80	0,90	0,85	Alto
16	1,00	1,00	1,00	Alto
17	0,80	1,00	0,90	Alto
18	0,80	0,50	0,65	Medio
19	0,80	0,90	0,85	Alto
20	0,80	1,00	0,90	Alto
21	0,80	1,00	0,90	Alto
22	0,80	1,00	0,90	Alto
23	0,90	0,90	0,90	Alto
24	0,90	0,90	0,90	Alto
25	0,80	1,00	0,90	Alto

**III.4.1.3. Resultados cuantitativos de la aplicación del método de expertos**

La tabla 14, muestra el predominio de las evaluaciones de muy adecuado con un 69,7% seguido por la valoración de bastante adecuado con un 20,5%, adecuado 9,5% y solo 0,25%, poco adecuado, dada esta evaluación solamente por un experto en el ítem cinco (recursos necesarios). Ningún experto otorgó evaluación inadecuada.

**Tabla 14.** Resumen de la evaluación del contenido del protocolo

Evaluación	Fe	%
Muy Adecuado	279	69,75
Bastante Adecuado	82	20,5
Adecuado	38	9,5
Poco Adecuado	1	0,25
Total	400	100

La tabla 15 muestra la distribución de media y desviación estándar por ítem, expone que la media evaluativa de todos los ítems estuvo entre valores decimales del cuatro, por encima de 4,3 mientras que la desviación estándar mostró valores entre 0,5 y 0,9. Los resultados obtenidos en el análisis de la fiabilidad mediante la prueba del alfa de Cronbach fueron superiores a 0,75 en cada pregunta del instrumento. El valor total fue de 0,8163 lo que permitió considerar el instrumento aplicado para el análisis del protocolo con excelente confiabilidad.

**Tabla 15.** Análisis de la fiabilidad del protocolo

Ítems	Media	Desviación estándar	Alfa de Cronbach si el ítem es borrado
1	4,5	0,7	0,7988
2	4,6	0,7	0,7943
3	4,7	0,5	0,8012
4	4,7	0,6	0,8009
5	4,3	0,9	0,7905
6	4,4	0,8	0,7986
7	4,7	0,6	0,7941
8	4,7	0,6	0,8287
9	4,5	0,7	0,8243
10	4,6	0,6	0,8161
11	4,5	0,7	0,8011
12	4,5	0,7	0,8455
13	4,7	0,7	0,8092
14	4,9	0,5	0,8033
15	4,7	0,7	0,7995
16	4,7	0,6	0,7941
Total			0,8163

#### **III.4.1.4. Redacción del documento definitivo**

Se conformó el documento definitivo siguiendo las siguientes sugerencias y opiniones de los expertos:

- Ampliar el grupo de profesionales al que irá encaminado el protocolo incluyendo a los especialistas de segundo nivel de atención.
- Eliminar preguntas de interrogatorio y aspectos del examen físico que no son de interés para considerar el riesgo del paciente ante un tratamiento estomatológico.
- Eliminar como criterio de exodoncia las bolsas de seis milímetros en un paciente con nefropatía.
- Argumentar la importancia del uso de la hemoglobina glicosilada.
- Explicar mejor la utilidad de INR (International Normalized Ratio), en español, Índice normalizado internacional)
- Organizar el interrogatorio y examen físico.

Tomando en consideración todas estas recomendaciones, se mostró consenso en cuanto al contenido del protocolo, pues el 88.6 % de los aspectos fueron evaluados de muy adecuado y con un elevado grado de relevancia; ya que el nivel de concordancia ( $C_c$ ) fue del 100 % ( $V_n=0$ ;  $V_p=25$ ;  $C_c=100$ ).

#### **III.4.2. Resultados del estudio piloto**

Los resultados de la aplicación del protocolo en la práctica son los siguientes:

Las enfermedades sistémicas que con más frecuencia presentaron los pacientes fueron: la hipertensión arterial con el 42,9% seguida por las enfermedades endocrinas con 21,8% donde predominó la diabetes mellitus. Un 24,7% de los pacientes del estudio se clasificaron de riesgo, siendo los pacientes con las enfermedades previamente mencionadas los que mayores porcentajes presentaron, la hipertensión con 44,8 % y las enfermedades endocrinas con 27,5%. (Tabla 16)

**Tabla 16.** Distribución de pacientes con enfermedades de riesgo quirúrgico según riesgo identificado

Enfermedad de riesgo quirúrgico	Pacientes		Riesgo		Menor riesgo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Respiratorias	21	16,4	3	10,3	18	18,1
Endocrinas	28	21,8	8	27,5	20	20,2
Cardiovasculares	11	8,5	4	13,7	7	7,0
HTA	55	42,9	13	44,8	42	42,4
Oncológicas	1	0,7	-	-	1	1,0
Gastrointestinales	3	2,3	-	-	3	3,0
Nefrológicas	2	1,5	-	-	2	2,0
Dos o más	7	5,4	1	3,4	6	6,0
Total	128	100	29	22,6	99	77,3

En la tabla 17 se presentan los tratamientos efectuados a los pacientes con enfermedades de riesgo quirúrgico. Se resaltan los resultados de los tratamientos más complicados para la atención de estos pacientes, como son los tratamientos de urgencia, donde el 33,5 % recibió este procedimiento, ya sea por motivo de consulta, 14(10,9 %) o por resultar el paciente de riesgo. El tratamiento invasivo fue aplicado al 28,9 % de los pacientes y el 6,8 % requirieron el tratamiento farmacológico.

**Tabla 17.** Distribución de pacientes con enfermedades de riesgo quirúrgico según tratamientos realizados

Enfermedad de riesgo quirúrgico	Pacientes		Tratamientos									
			Urgencia		Adecua- ciones		Invasivo				Farmacoló- gico	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Respiratorias	21	16,4	3	6,9	18	21,1	8	21,6	13	14,2	-	-
Endocrinas	28	21,8	14	32,5	14	16,4	13	35,1	15	16,4	3	37,5
Cardiovasculares	11	8,5	6	13,9	5	5,8	1	2,7	10	10,9	2	25
HTA	55	42,9	16	37,2	39	45,8	13	35,1	42	46,1	1	12,5
Oncológicas	1	0,7	-	-	1	1,1	-	-	1	1,0	1	12,5
Gastrointestinales	3	2,3	-	-	3	3,5	-	-	3	3,2	1	12,5
Nefrológicas	2	1,5	-	-	2	2,3	-	-	2	2,1	-	-
Dos o más	7	5,4	4	9,3	3	3,5	2	5,4	5	5,4	-	-
Total	128	100	43	33,5	85	66,4	37	28,9	91	71,0	8	6,2

### **III.4.2.1. Evaluación en la práctica de la ejecución del protocolo**

El protocolo fue evaluado atendiendo a los resultados de los indicadores de estructura, proceso y resultados previstos para este fin.

- Estructura: evaluada con el estándar Suficiente

Con relación a los indicadores de esta dimensión: característica de los servicios y recursos disponibles, más del 60 % de las condiciones requeridas para la atención del paciente estuvieron presentes y el 100 % de los pacientes fueron atendidos con los recursos que demandaban sus tratamientos.

- Proceso: evaluado con el estándar Adecuado.

Con relación a los indicadores de proceso el 83,3 % fueron cumplidos sin dificultad. No obstante, el indicador “determinación de riesgo” mostró la principal problemática, se consideró que había aspectos claves de mayor relevancia para la valoración del riesgo y que debían ser considerados.

De esta manera se adicionó la categoría “de importante riesgo”, que incluyó aquel paciente que presentara condiciones tales como:

- Tensión arterial superior a 160/100 mmHg
- Con menos de seis meses infartado
- Hemofílico que ha desarrollado inhibidores del factor VIII
- En tratamiento de hemodiálisis
- Con tratamiento de radiaciones, quimioterapia o tratado con bifosfonatos.

Se acordó que el paciente incluido en esta categoría, recibiera el mismo tratamiento orientado para el paciente considerado de riesgo.

- Resultados: evaluado con el estándar Favorable

El 100 % de los residentes, que participaron en el estudio piloto, consideraron que con la aplicación del protocolo se mejora la atención al paciente de riesgo y se aplican los



procedimientos con mayor seguridad. Argumentaron que los algoritmos declarados constituyeron una manera rápida y precisa tanto para obtener información sobre el riesgo del paciente como para desarrollar los tratamientos más indicados. Estos resultados se hicieron evidentes al aplicar el test de satisfacción de ladov, <sup>142</sup> (tabla 18) donde del total de residentes encuestados (10) nueve expresaron clara satisfacción (90 %) y uno consideró la categoría de más satisfecho que insatisfecho (10 %). El índice de satisfacción grupal fue de 0,95 lo cual indicó la satisfacción de los encuestados, según la escala establecida en este método.

**Tabla18.** Índice de satisfacción grupal de ladov

índice de satisfacción grupal	Total	
	No	%
Clara satisfacción	9	90
Más satisfecho que insatisfecho	1	10
Total	10	100

Recomendación del estudio piloto: Se propuso confeccionar un modelo de remisión para el paciente de riesgo quirúrgico para tener en cuenta un patrón uniforme, el mismo se incluyó en los anexos el protocolo.

Una vez redactado el documento definitivo después de seguir las recomendaciones anteriormente brindadas por los expertos, se procedió a evaluar metodológicamente el protocolo a través del instrumento AGREE II.

#### **III.4.2.2 Resultados de la evaluación metodológica del protocolo según el instrumento AGREE II**

##### - Puntuación por áreas de valoración

Todas las áreas evaluadas superaron el 60 % de puntuación y los ítems de cada área fueron evaluados entre 3 y 4, por lo que el protocolo fue valorado como muy recomendado. El área que presentó menor evaluación fue el de aplicabilidad con 72,1% mientras que las áreas mejores evaluadas fueron alcance y objetivos con 100 % de

puntuación, participación de los implicados con 97,9 % y claridad y presentación con 91,6%. (Tabla 19)

**Tabla 19.** Resumen de la evaluación metodológica del protocolo

Áreas de valoración	Puntuación según evaluadores				
	1	2	3	4	Dominio
Alcance y objetivos	100	100	100	100	100
Participación de los implicados	100	91,6	100	100	97,9
Rigor en la elaboración	90,4	85,7	85,7	95,2	89,2
Claridad y presentación	83,3	91,6	91,6	100	91,6
Aplicabilidad	77,7	66,6	77,7	66,6	72,1
Independencia editorial	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3

### **Conclusiones de capítulo III**

En el capítulo se presentó el análisis de los principales resultados de la investigación realizada. Para ello se siguió la lógica del diseño metodológico para alcanzar los objetivos propuestos. Se expuso la clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos para la atención estomatológica. Haber caracterizado la actuación del especialista de EGI durante la atención al paciente de riesgo quirúrgico, explicar las fases de la elaboración del protocolo y su validación, a través de un estudio piloto, aportó información relevante sobre la importancia de estandarizar la actuación de los estomatólogos en el tratamiento a estos pacientes para contribuir a elevar la calidad de la atención estomatológica.

## **CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

El propósito de este capítulo es presentar la discusión de los resultados que permitió comparar y contrastar los resultados de la investigación presentada con otros estudios.

### **IV.1. Discusión de los resultados de la clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica**

Según Silvestre y Plaza<sup>31</sup> los pacientes especiales presentan condiciones o características que los hacen distintos y particulares frente a lo habitual; sin embargo, las exigencias en la atención estomatológica varían entre uno y otros y modifican la atención en la clínica a través de distintas modalidades. El tratamiento estomatológico a los pacientes especiales debe seguir protocolos de atención diferenciados.<sup>6, 49</sup> Para facilitarlos, se ha considerado la utilidad de clasificar los distintos tipos de pacientes mediante rasgos comunes que los asemejen entre sí y otros que los diferencien. En la clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica, se reflejan las diferencias entre los grupos.

Al grupo I, subgrupo del A, se encamina el protocolo de esta tesis, se incluyen pacientes de riesgo quirúrgico que tienen en común con los restantes grupos en que poseen enfermedades crónicas cuya enfermedad o medicamentos indicados para la misma pueden contraindicar el tratamiento estomatológico, se diferencian del resto en que no aparecen trastornos en el comportamiento ni dificultad para adaptarse a diversas situaciones en la consulta estomatológica como los pacientes del subgrupo B, ni presentan compromiso multisistémico por mecanismos autoinmunitarios como los del subgrupo C, o como los pacientes del subgrupo D donde se incluyen las enfermedades transmisibles que necesitan de otras exigencias durante la atención. El análisis realizado

por los expertos implicados en la investigación permitió reunir recomendaciones y, a partir de su análisis, posibilitó la toma de decisiones para la mejora de la clasificación.

#### **IV. 2. Discusión de los resultados de la descripción de la actuación del especialista (EGI) durante la atención al paciente de riesgo quirúrgico**

La primera fase de la segunda etapa de esta investigación parte de las enfermedades más frecuentes que portan los pacientes ya que tributará a una perspectiva sobre los principales riesgos durante la atención a este tipo de pacientes. En este sentido se identificó la hipertensión arterial, que constituye un serio problema de salud, una de las causas principales de consulta en atención primaria.<sup>59, 151</sup> Son similares estos resultados a los expuestos por Álvarez Razo<sup>156</sup> en su investigación.

Los pacientes diabéticos que presentan determinadas características fisiopatológicas que responden a lesiones en vasos sanguíneos, en terminaciones nerviosas y en otros tejidos, lo cual propicia con mucha frecuencia enfermedades bucales y el agravamiento de las mismas, se ha demostrado, además, la cicatrización retardada de las lesiones bucales, lo cual representa una desventaja para la satisfactoria evolución de los actos quirúrgicos.<sup>8, 157, 158</sup>

En cuanto a los paciente con enfermedades cardiovasculares representan la emergencia médica más frecuente<sup>92-95</sup> y requieren consideraciones especiales en la consulta estomatológica, tales como la precaución en la utilización de vasoconstrictores adrenérgicos, porque podría causar una significativa elevación en la presión arterial y una bradicardia compensatoria como consecuencia,<sup>146</sup> evitar el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) que puede disminuir la eficacia de los beta bloqueadores y de los diuréticos<sup>154</sup> y la valoración exhaustiva previa, ante procedimientos quirúrgicos, que puedan desencadenar complicaciones.

El uso de ácido acetil salicílico (aspirina) utilizado como antiagregante plaquetario, así como el uso de anticoagulantes, en pacientes con enfermedades cardiovasculares asociadas al desarrollo de tromboembolismo,<sup>9, 39,32</sup> constituye un constante dilema para el manejo de estos pacientes, debido a que no existe un estricto consenso respecto a la conducta clínica, consecuentemente con lo planteado, una corriente asume un elevado riesgo a sangrado durante los actos quirúrgicos.<sup>159-161</sup> La experiencia de Leyva Mondragón<sup>6</sup> al revelar estas enfermedades como las más prevalentes en su investigación, coincide con otros estudios<sup>162-165</sup> lo cual sustenta este resultado y ratifica la importancia de estudiarlas para evitar complicaciones en estos pacientes.

Los medicamentos utilizados para enfermedad sistémica, es el dato más explorado, pero este proceder debe ser realizado en todos los pacientes de riesgo quirúrgico identificados, por la alta posibilidad de incidencia de reacciones adversas medicamentosas (RAM),<sup>166-168</sup> conceptualizada en la tesis de Quiroz Fernández como, "cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento, que ocurre en el ser humano a dosis utilizadas normalmente para profilaxis, diagnóstico y tratamiento"<sup>166</sup>.

Se exponen a continuación algunos ejemplos, a través de una importante variedad de medicamentos prescritos y que, usados concomitantemente, evidencian lo anteriormente plasmado. Pueden alterar el control de la glucosa, fármacos como la epinefrina, que puede producir efectos hiperglicemiantes a través de interferencias con la insulina o el metabolismo de los carbohidratos. La epinefrina es un agonista no selectivo de todos los receptores adrenérgicos, incluyendo los receptores  $\alpha_1$ ,  $\alpha_2$ ,  $\beta_1$ ,  $\beta_2$ , y  $\beta_3$ . La unión con los receptores adrenérgicos  $\alpha$  inhibe la secreción de insulina en el páncreas; en relación al metabolismo de los carbohidratos, estimula la glucogenolisis en el hígado y el músculo y además estimula la glucólisis en el músculo. La acción hipoglicemiante de las sulfonilurea (tolbutamida, tolazamida, glibenclamida, glimepirida)

pertenecientes a la clase de antidiabéticos orales indicados en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, actúan aumentando la liberación de insulina de las células beta del páncreas, puede ser potenciada por fármacos que se unen fuertemente a las proteínas plasmáticas, como los AINES (ibuprofeno, aspirina, piroxicam) que son medicamentos prescritos por el estomatólogo.<sup>29</sup> En el caso de los hipertensos se debe tener en cuenta que puede existir una interacción farmacológica entre la epinefrina y algunos bloqueadores adrenérgicos, especialmente los beta-bloqueadores no-selectivos como el propanolol, dando lugar a un aumento de la presión sanguínea durante la atención estomatológica.<sup>169-171</sup>

Tanto el interrogatorio, como el examen físico facial y bucal, son recursos con los que puede contar el estomatólogo para determinar el riesgo de un paciente ante un tratamiento estomatológico, sobre todo los quirúrgicos, explorar sobre dificultad respiratoria, valorar la coloración de la cara, que puede ser relacionada con alteraciones sistémicas y que al igual que el aliento pueden aportar datos sobre algún desequilibrio de la enfermedad portadora, solo por citar algunos recomendaciones simples, que el estomatólogo pudiera utilizar a su favor.<sup>6</sup> Independientemente de los avances tecnológicos y su aplicación en las áreas de salud, la historia clínica con su interrogatorio y exploración física sigue siendo el factor fundamental para detectar los riesgos en los pacientes.

Las lesiones extrabucales e intrabucales descritas fueron las correspondientes a alguna estructura diferente a lo que normalmente debe aparecer en la cavidad bucal, como aftas, estomatitis subprótesis, fibromas, entre otras, que no siempre se asocian directamente con manifestaciones bucales de enfermedades que constituyen riesgo quirúrgico, pero que de cualquier manera se tuvieron en cuenta.

Todo lo anteriormente identificado corrobora que la confección de historia clínica a los pacientes de riesgo quirúrgico, se limita a lo establecido por el manual de confección de la misma y pocos estomatólogos se apropian de iniciativas para reflejar otras apreciaciones.<sup>172,173</sup>

La deficiencia principal observada en los estomatólogos es que no se indaga lo suficiente sobre el uso de los medicamentos y los antecedentes de la enfermedad que porta el paciente, lo cual sustenta que no se consignen estas consideraciones adecuadamente en la historia clínica. La autora de la tesis considera que se pudo haber asumido el hecho de la realización de un buen interrogatorio y un adecuado examen físico y al no presentarse datos de interés no ser registrados, pero la realización de esta observación no permite asegurarlo.

En cuanto a las remisiones realizadas al médico encargado de atender la enfermedad sistémica de base, muchos de los estomatólogos no contaron con una explicación adecuada para realizar la misma, utilizando argumentos insuficientes para demostrar, que los riesgos presentes en el paciente constituían un impedimento para el tratamiento, en estos casos la exodoncia, unas se realizaron verbalmente y otras fueron redactadas sin la justificación pertinente.

La remisión de forma escrita tiene como objetivo prevenir errores por órdenes verbales. La comunicación es efectiva cuando se asegura, que quien va a recibir las instrucciones entiende los términos estomatológicos usados, así como el propósito con la cual está destinada y de preferencia, deben ser anotadas en lugares estandarizados con el propósito de evitar la transcripción inadecuada o la pérdida de información, al igual que la retroalimentación de las consideraciones médicas recibidas.<sup>174</sup>

En cuanto a la indicación de cuidados especiales o exámenes previos al tratamiento, se considera que los por cientos son bajos, porque en la mayoría de los casos, previamente se debe evaluar la presión arterial al menos y siempre se deben dar recomendaciones a



los pacientes de riesgo quirúrgico, ya que estos en su mayoría necesitan esmerar la higiene, prevenir enfermedades bucales que desencadenen tratamientos quirúrgicos, contrarrestar los efectos bucales de medicamentos indicados por su propia enfermedad, entre otros. <sup>175</sup>

En la discusión de grupo las dificultades referidas confluyeron en cuatro análisis importantes que resumieron esta actividad y se muestran en los resultados.

La investigadora es de la opinión que, la principal problemática en el caso de la atención estomatológica a los pacientes de riesgo quirúrgico radica en la necesidad de conocimientos de la medicina en general, y de la estomatología en particular, que resulta un desafío constante independientemente de los cambios vertiginosos que devienen permanentemente en este sentido. Es indudable que la correlación teórico-práctica es elemento indispensable en este proceso. <sup>176</sup>

El uso de antibióticos en estos pacientes para tratar ciertas condiciones también es controversial, existe constante disyuntiva de cuáles infecciones estomatológicas deberán tratarse o prevenirse con el uso de estos medicamentos. Una mala selección de la terapia antibiótica, puede estar asociada con el desarrollo de efectos adversos, inefectividad terapéutica o desarrollo de resistencia bacteriana entre otros. <sup>177</sup>

Se plantearon contradicciones en la identificación del paciente de riesgo quirúrgico, relacionadas con estados fisiológicos especiales, algunos de ellos temporales, que no implican necesariamente una enfermedad de riesgo en la vida de la persona; sin embargo, bajo dicha situación especial, el organismo reacciona de manera distinta, por tanto el tratamiento médico y la administración de fármacos influyen de manera directa sobre el plan de tratamiento estomatológico y un ejemplo de lo planteado son las gestantes. <sup>178</sup>

Esta deficiente unificación de opiniones para la atención al paciente de riesgo quirúrgico, está en concordancia con Armero,<sup>101</sup> quien plantea que en la actualidad, la diversidad

de criterios relacionados con los tratamientos quirúrgicos constituyen un verdadero problema científico, por cuanto, resulta de gran importancia profundizar en torno a los principales aspectos cognoscitivos relacionados con este tema a fin de elevar la calidad asistencial y con esa premisa, evitar iatrogenias en este grupo vulnerable. Explica que son muchos los factores que pueden incidir en una complicación: profesional con poca experiencia, exceso de confianza, protocolos de procedimientos inadecuados, equipo e instrumental no idóneo para el tratamiento que se desea realizar o para las circunstancias que se estén presentando durante el acto quirúrgico y una de las más comunes, que es la inadecuada selección del paciente para el procedimiento.

Según los resultados de la encuesta a los pacientes, los aspectos mejor explorados fueron: la indagación sobre la enfermedad de base y el uso de medicamentos para la misma, tales resultados coinciden con los encontrados en la recogida de información de la historia clínica y la observación de la atención a los pacientes de riesgo quirúrgico. Los cuidados especiales indicados por los estomatólogos a estos pacientes debieran aumentar, un estudio realizado por Benítez Aroca<sup>11</sup> describe que el 98,1% de los pacientes diabéticos recibían cuidados especiales, así como el 96,7% de los hipertensos y el 93,0% de los que poseían las dos condiciones, diabetes e hipertensión.<sup>30</sup> Sin embargo, respecto a la realización de exámenes previos al procedimiento quirúrgico, coincide con esta investigación ya que los resultados de su trabajo muestran que no se les realizaba en el 92,3% y el 62,8% del grupo de diabéticos e hipertensos respectivamente. Exámenes previos, como la medición de la tensión arterial, pulso arterial y frecuencia respiratoria ayudarían a completar un examen físico más integral y no resultan complicados de realizar en la clínica estomatológica.<sup>60, 179</sup>

El predominio de la atención a los pacientes de riesgo quirúrgico en el horario de la mañana coincide con el estudio de Aroca<sup>11</sup> donde el 73,1% de los pacientes diabéticos, el 78,3% de los hipertensos y 69,8% de los pacientes que padecen ambas

enfermedades, refirieron este horario. Sin embargo, existen contradicciones en cuanto al mejor horario para atender a los pacientes de riesgo quirúrgico. Se plantea que los pacientes con algunas cardiopatías e hipertensos, reaccionan mucho mejor siendo atendidos en las primeras horas de la tarde porque existen menos variaciones en la presión arterial y se ha observado que los problemas coronarios como infarto del miocardio o muerte súbita ocurren en las primeras horas del día, quizás debido al incremento matutino de la actividad nerviosa simpática, sin embargo en pacientes con arritmias importantes, isquemia coronaria, insuficiencia cardiaca, entre otras, las citas deberían ser por la mañana.<sup>11, 150, 151</sup>

En los pacientes diabéticos se coincide que el mejor horario de atención es por la mañana, para evitar que se presenten crisis hipoglicémicas durante el mismo. Los pacientes insulino dependientes reciben una dosis de insulina de acción intermedia que se hace efectiva después de dos horas tras la administración, teniendo su acción máxima ocho a 12 horas después de colocada. El horario recomendado es después que el paciente haya desayunado de manera correcta y se haya administrado insulina en la mañana. Existe un mayor riesgo de descompensación en horas vespertinas o nocturnas, pudiendo dar lugar a cuadros hipoglicémicos.<sup>150, 151,180</sup>

La triangulación de la información pone de manifiesto que los factores que pueden minimizar el riesgo médico en la consulta estomatológica se relaciona con aptitudes clínicas positivas, como realizar una correcta evaluación clínica previa al tratamiento estomatológico, valorar el riesgo inicial con interconsultas cuando sea necesario, monitorizar antes y durante el empleo de determinadas técnicas o procedimientos y contar con guías de atención actualizadas<sup>181</sup> y específicas para la atención a cada uno de estos pacientes.<sup>6, 11, 182</sup>

#### **IV.2.1. Discusión de los resultados de la caracterización de la bibliografía relacionada con la atención a pacientes de riesgo quirúrgico**

Como parte importante de una investigación para proponer un protocolo de actuación, se debe explorar la existencia de instrumentos similares aplicados en estudios anteriores y valorar la utilidad de cada uno de ellos para el trabajo en curso.<sup>183</sup> De esta manera la búsqueda bibliográfica estuvo encaminada a encontrar protocolos de actuación, guías de práctica clínica y manejos clínicos, relacionados con riesgo quirúrgico, que son instrumentos concebidos para mejorar la calidad de la atención en estos pacientes. La razón principal fue contar con términos de referencia o parámetros que permitieran perfeccionar la atención que se ofrece en este sentido.

Los protocolos para la atención estomatológica a los pacientes de riesgo quirúrgico encontrados en la literatura científico-técnica, fueron escasos y carecían de una guía para su confección, por tanto, la estructura no poseía los parámetros requeridos.<sup>130,131</sup>

No obstante, la lectura crítica de la bibliografía encontrada, facilitó precisar los artículos más relevantes a través de la evaluación seguida en cada una de sus fases. Los documentos seleccionados debieron describir el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención estomatológica a los pacientes con una situación específica de salud, su aplicación y orientación eminentemente práctica utilizada especialmente, en aspectos críticos que presentaran apego total a lo señalado y regidos por los principios generales establecidos por la comunidad internacional.<sup>120, 131,184</sup>

De manera que los protocolos aportaron datos importantes, utilizados para la conformación del protocolo de este estudio. Los manejos clínicos y las guías prácticas halladas, aportaron herramientas que contribuyeron a la elaboración del mismo, supliendo algunas insuficiencias reveladas en los protocolos revisados.<sup>185, 186</sup>

### **IV.3. Discusión de los resultados del diseño del protocolo para la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico**

Para obtener una estructura normalizada, lógica y razonada que facilitara información científica-técnica y que al mismo tiempo contribuyera a la atención estomatológica a los pacientes de riesgo quirúrgico, con el objetivo fundamental de brindar un documento que estandarizara la práctica clínica en estos pacientes se utilizaron los criterios de Sánchez Acha,<sup>130</sup> que además fueron utilizados con éxito por Morales Navarro<sup>131, 187</sup> en su tesis doctoral con importantes resultados. Se siguieron también las recomendaciones aportadas de protocolos,<sup>27,30,33,37,60, 146-149</sup> guías Metodológicas para la Elaboración de Protocolos Basados en la Evidencia<sup>132, 145, 155</sup> así como las propuestas del instrumento AGREEII<sup>115,116, 143,144</sup> consideradas herramientas para lograr un nivel de calidad óptimo. El contenido del protocolo estuvo dado por el aporte del grupo de especialistas y se estableció a través de la técnica de entrevista que propició la interacción y la comunicación sobre los aspectos esenciales de la investigación, lo cual no hubiera sido posible desde otros paradigmas metodológicos.<sup>188</sup>

Esta técnica es considerada uno de los procedimientos metodológicos más potentes en investigación cualitativa, el diálogo, entre los especialistas y entrevistador de manera abierta, relajada, flexible, facilitó indagación exhaustiva pero orientadas a objetivos específicos en cada una de las enfermedades a estudiar, lo cual resultó muy útil para lograr un acercamiento al objeto de estudio, sobre todo porque el mismo corresponde a una extensa dimensión.<sup>189</sup> Este método tuvo la ventaja que no se necesitó la conformación de un grupo.

De esta manera se estableció la secuencia de actuación para todas las enfermedades identificadas en este estudio, a partir del registro de datos específicos para el paciente de riesgo quirúrgico, la determinación de los riesgos y el consecuente tratamiento en

dependencia de los mismos. El contenido abarcó además el nivel de evidencia y grado de recomendación de las actividades más relevantes del protocolo. Las recomendaciones estuvieron relacionadas directamente con los resultados de la revisión y con la evidencia que las apoya.<sup>1, 27, 30, 37, 60, 146, 151</sup>

La autora de esta investigación considera que el estudio efectuado para arribar a estos resultados permitió sugerir actividades que se deben considerar en el tratamiento del paciente de riesgo quirúrgico y otras que no se recomiendan. La dificultad de generar estudios de alto nivel de evidencia se debe entre otras cosas, al bajo número de casos, la falta de condiciones controles válidos y el uso de diferentes aproximaciones terapéuticas en las cuales los elementos de tratamientos individuales no son descritos.

190

El enfoque principal de la medicina basada en la evidencia está orientado al mejoramiento de la atención medica/estomatológica y constituye una revolución tanto cuantitativa como cualitativa en el abordaje de la asistencia médica, pues incorpora la información, el conocimiento más actualizado a la práctica clínica y aportan experiencias útiles para tomar decisiones bien fundamentadas en situaciones de incertidumbre.<sup>145,</sup>

191,192

#### **IV.4. Validación del Protocolo**

##### **IV.4.1. Discusión de los resultados del criterio de expertos**

Para el análisis del contenido del protocolo creado se eligió la consulta de expertos y el método Delphi porque es una técnica confiable, relativamente sencilla y se utiliza frecuentemente en la validación de contenido de los instrumentos antes de aplicar estos a la población.<sup>193</sup> El juicio de expertos se considera una fuente de evidencias de validez del contenido puesto que las evaluaciones de los jueces ayudan a revisar la relevancia y representatividad de los ítems, esta técnica proporcionó una base para la toma de decisiones a fin de mejorar el diseño del protocolo. Padilla Hernández,<sup>194</sup> añade que el

juicio de expertos tiene la ventaja de generar información pormenorizada acerca de contenidos y temáticas difíciles, complejas, novedosas o poco estudiadas.<sup>195</sup>

El método Delphi,<sup>122</sup> utilizado en esta investigación como técnica para el consenso de expertos, también utilizado por Morales Navarro,<sup>131</sup> con resultados similares a este estudio, constituyó una herramienta que permitió enfocarse en maximizar el juicio de los participantes y sus habilidades para la toma de decisiones. Proporcionó recolectar, de forma sistemática, la opinión de expertos sobre el contenido del protocolo, comparar juicios y obtener el consenso de sus opiniones.

Las puntuaciones otorgadas por los expertos permitieron considerar los ítems de calidad. El coeficiente alfa de Cronbach utilizado demostró la homogeneidad interna del cuestionario aportada por la contribución que cada ítem hace al instrumento en general, por lo que ninguno fue eliminado.

#### **IV.4.2. Discusión de los resultados del estudio piloto**

Las enfermedades que más frecuentemente presentaron los pacientes incluidos en el estudio piloto fueron la hipertensión arterial, seguida por la diabetes mellitus y el asma bronquial, las dos primeras también estuvieron identificadas y debatidas como frecuentes en los estudios previos de este apartado.

Los residentes que aplicaron el protocolo, plantearon que la utilización del mismo permitió clasificar los pacientes de riesgo y menor riesgo a través de la suma de los aspectos claves identificados, permitiendo además con esta práctica un interrogatorio exhaustivo y el uso de herramientas antes no utilizadas, que jugaron un papel importante en la determinación de los mismos, ratificando que la evaluación preoperatoria es un componente esencial de la práctica segura.

Un índice de riesgo, usado de rutina por los anestesiólogos, es el (ASA), sin embargo, la habilidad predictiva de esta clasificación durante el proceder perioperatorio es limitada o

inconsistente, según plantea Ojeda González.<sup>196</sup> Un estudio realizado por la autora de esta tesis<sup>25</sup> utilizando esta clasificación, expone dificultades en su aplicación, porque a pesar de su adaptación a la estomatología y que sugiere algunos ejemplos en cada clasificación, crea dudas para incluir los pacientes no ejemplificados y no explica con claridad en qué consisten las adecuaciones de los tratamientos a realizar.

Evaluar el riesgo significa tomar conocimiento, reunir y analizar cierto tipo de información proveniente directa o indirectamente de la experiencia, de los fenómenos percibidos por el profesional de salud de las condiciones clínicas del paciente, para tomar las decisiones o adoptar las conductas más apropiadas y así sortear el peligro o el riesgo real o aparente que implica la presencia de la situación identificada como factor de riesgo. El médico, seleccionará las conductas terapéuticas más apropiadas para salvar los posibles escollos que se interpongan entre su accionar y los objetivos que propone lograr.<sup>197</sup>

Mediante esta evaluación, se reconoció un importante número de factores que participaron y que pudieron interferir o influir sobre la marcha o evolución del tratamiento que se planeó desarrollar en el paciente, de ahí que en un paciente catalogado de riesgo, se adoptaran las estrategias y conductas más apropiadas para prevenir o combatir las contingencias o situaciones indeseables que pudieran producirse o derivarse de los mismos, enfocándose solamente a realizar tratamientos de urgencia, según indicado en el protocolo y de acuerdo a enfermedad en cuestión. Llevar a cabo tratamientos de urgencia en pacientes de riesgo fue una de las problemáticas identificadas en la literatura y previamente en la técnica de discusión grupal efectuada con estomatólogos.<sup>101</sup>

Los pacientes identificados de menor riesgo fueron tratados de acuerdo a los algoritmos con adecuaciones, aún en esta condición, los pacientes de riesgo quirúrgico no deben ser atendidos como al resto de la población sin comorbilidades. Tanto los tratamientos



de urgencia como los definidos con adecuaciones fueron catalogados en invasivos, no invasivos y farmacológico, adaptándose cada uno a la situación prevista, esta posibilidad fue también valorada como positiva por los residentes, sobre todo por la facilidad de realizar procedimientos estomatológicos que involucraron manipulación del tejido gingival, de la región periapical del diente o perforación de la mucosa oral que pudieran provocar sangrado y que siempre complejiza la toma de decisiones, así como la selección de fármacos teniendo en cuenta las posibles interferencias con las prescripciones médicas.<sup>9,25</sup>

#### **IV.4.2.1. Discusión de la evaluación en la práctica de la ejecución del protocolo**

##### **- Estructura**

Este componente se refiere a la cantidad y calidad de equipos, instrumentos, recursos materiales disponibles entre otros factores establecidos. La estructura fue valorada como suficiente ya que las características de los servicios utilizados para la aplicación del protocolo fueron considerados adecuados y en cuanto a los recursos disponibles, a pesar de deficiencias relacionadas con la disponibilidad de materiales para tratamientos definitivos, todos los pacientes fueron tratados. La asignación de materiales y equipamiento para los servicios de salud garantizó la igualdad de posibilidades de tratamiento a todos los pacientes, asegurando el servicio estomatológico, característica de importancia vital para la evaluación de este criterio.<sup>139</sup>

##### **- Proceso**

Para analizar este componente Armijos<sup>135</sup> plantea que se debe indagar sobre los logros y limitantes; así como una descripción de las experiencias en torno a la aplicación del protocolo teniendo en cuenta los aspectos relacionados con las actividades y su eficacia durante las diversas fases del proceso asistencial interrelacionadas entre sí. La actuación de los que ejecutaron la aplicación fue sumamente proactiva, recolectando continuamente datos para evaluar cada indicador. En este sentido, la determinación de

riesgo constituyó un factor a redirigir. Las entidades consideradas “de importante riesgo”, pese a otras características favorables valoradas en el paciente, deben ser consideradas como de mayor precaución, estas fueron expuestas en los resultados de esta investigación. Los indicadores que miden la calidad del proceso ocupan un lugar importante en las evaluaciones de la misma, se trata de un proceso complejo donde la interacción del paciente con el equipo de salud, además de la tecnología que se utilice, debe jugar un papel relevante.<sup>139</sup> El proceso fue evaluado de adecuado y el uso del protocolo permitió la atención al paciente de riesgo quirúrgico con pasos concretos que fueran guiando al estomatólogo en la toma de decisiones.

#### - Resultados

El resultado es identificado como la consecuencia que tiene el proceso, los indicadores utilizados para este criterio, fueron concebidos para comparar el resultado obtenido con los esperados en cuanto al desempeño frente a los desafíos y dificultades ante la atención a un paciente de riesgo quirúrgico. Se sustenta este acápite a través del cambio en los cuidados de los pacientes y la satisfacción de los prestadores, en este caso los residentes. Teniendo en cuenta estos dos aspectos, se consideró que el protocolo de atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico aporta al mejoramiento de la atención a partir de la instrucción de los estomatólogos que aumentan los conocimientos, que son aplicados en la práctica con mayor seguridad, todo lo cual conlleva a la eficacia del tratamiento a este grupo priorizado y vulnerable a complicaciones sistémicas. La satisfacción manifestada por los residentes implicados en este estudio, a través de la técnica de ladov, subrayó una fortaleza del estudio. Esta técnica constituyó una vía indirecta para el estudio de la satisfacción, reconocida de gran valor para la investigación sobre satisfacción- insatisfacción.<sup>198</sup>

La atención estomatológica a través del protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico, permitió interrelacionar los tres componentes: estructura,

proceso y resultado, favoreciendo, la calidad de la atención.

#### **IV.4.2.2. Discusión de los resultados de la evaluación metodológica del protocolo según el instrumento AGREE II**

Como se ha planteado previamente, la estructura del instrumento AGREE II comprende seis áreas de evaluación; siendo las cuatro primeras las mejores evaluadas en esta investigación. En cuanto al Alcance y los objetivos, área uno, los evaluadores en consenso, determinaron que los objetivos generales estuvieron descritos de manera clara y concreta, además de que los aspectos clínicos estaban detallados y explícitos, así mismo, en este apartado se investigó si en el documento estaban específicamente descritos los pacientes a quienes se pretende aplicar los criterios, a este respecto el total de los evaluadores coincidieron en que el documento también define de manera clara la población diana, paso que facilitó la evaluación de la segunda área, Participación de los implicados, al haber sido llevado a la práctica el protocolo a dicha población, a través del estudio piloto.

En el estudio de Campos Charris <sup>199</sup> las puntuaciones más fuertes encontradas en las guías evaluadas, correspondieron a los dominios uno: Alcance y objetivos y cuatro: Claridad y presentación, coincidiendo con este estudio en cuanto al primero, pero no así en el caso del dominio cuatro, en esta investigación el dominio dos: Participación de los implicados, le siguió en orden de mejor evaluado, pero de cualquier manera el dominio cuatro constituyó una fortaleza dentro de este análisis.

La sección tres: Rigor en la elaboración del documento fue reconocida con puntuaciones propicias. Los evaluadores concordaron que en los criterios para seleccionar la evidencia y las recomendaciones fueron consideradas los beneficios en la salud de los pacientes de riesgo quirúrgico, los efectos secundarios y los riesgos de los mismos. Este tema ha sido controvertido, Canelo-Aybar y cols<sup>115</sup> afirman que los contenidos de algunas guías

se basan en criterios de expertos sin análisis de la evidencia, ni inclusión de revisiones sistemáticas, así como Flórez y Montoya<sup>200</sup> manifiesta que las GPC abundan en la literatura, pero la mayoría no cuentan con rigor metodológico, lo que genera recomendaciones con profundos sesgos y errores importantes.<sup>198</sup>

Mientras que en la Guía clínica Salud Oral Integral para menores de 20 años en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales en odontología se plantea "que la falta de evidencia significativa de estudios controlados u otras investigaciones sistemáticas no debe utilizarse como única justificación para limitar la orientación de un procedimiento, existen muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia, que pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad"<sup>201</sup>.

El área Aplicabilidad se consideró como muy recomendada para su aplicación clínica, aunque fue evaluada con menores por cientos, dado por barreras organizativas en la actividad asistencial, que pudieran existir a la hora de aplicar las recomendaciones dentro de las clínicas estomatológicas. Los evaluadores que aplicaron el instrumento AGREE II, coincidieron en que las definiciones presentadas en el protocolo deben ser considerados como un trabajo inicial y que durante su aplicación se deberán valorar ajustes que irán acorde al conocimiento adquirido.

Este resultado coincide con el análisis de los resultados de Morales Navarro<sup>108</sup> donde hace alusión a las bajas puntuaciones estandarizadas del dominio Aplicabilidad en su estudio. Birken,<sup>202</sup> en la evaluación de un grupo de GPC encontró también, las más bajas puntuaciones en este dominio. Maqueda<sup>203</sup> considera que los principales puntos débiles encontrados en su estudio estuvieron relacionados también con la Aplicabilidad y que se debiera analizar o tratar más detalladamente las implicaciones que supone su aplicación y las recomendaciones establecidas en lo que se refiere a cambios organizativos, recursos necesarios y criterios de seguimiento.

De manera general el protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico constituyó un documento informativo que incluye recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en la revisión sistemática de literatura y en la evaluación de los beneficios y daños en la atención a la salud.

#### **Conclusiones de capítulo IV**

En el capítulo se compararon y contrastaron los principales resultados de la investigación según etapas de la misma. La revisión de la literatura sobre distintos aspectos del tema investigado permitió encontrar resultados similares y discutir elementos teóricos que posibilitaron el sustento científico de los mismos.

## CONCLUSIONES

- La clasificación propuesta facilitó seleccionar un grupo de pacientes de riesgo quirúrgico según las características más importantes de las enfermedades de base que exigen un tratamiento diferenciado respecto a los restantes.
- La caracterización de la actuación del especialista de Estomatología General Integral en la atención al paciente de riesgo quirúrgico evidenció dificultades en su desarrollo. No se encontró documento normativo, específico y de calidad para realizar la misma.
- Se diseñó un protocolo para la atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico aportando especificaciones adicionales para la historia clínica que estandariza los procedimientos, contribuye a la efectividad de las acciones y disminuye los riesgos para el paciente.
- La validación del protocolo a través del método de experto, estudio piloto y su evaluación metodológica permitió considerarlo como muy recomendado para su uso en la práctica profesional estomatológica.

## **RECOMENDACIONES**

- Capacitar a los especialistas de atención primaria y del segundo nivel de atención en la ejecución del protocolo.
- Implementar el protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico en los servicios estomatológicos de atención primaria del país.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de Autores. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.2017.
2. Alfaro Mon M, Lima Álvarez L. Riesgo Quirúrgico. En: González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. La Habana: ECIMED; 2013. p. 303-317.
3. Bastarrechea Milián M de las M. Conocimientos sobre la identificación del paciente de riesgo quirúrgico. Facultad de Estomatología. 2019. En: Congreso Internacional Estomatología 2020[Internet]. 2020 Nov. 1-30[citado 20 Ene 2021]; La Habana, Cuba. Disponible en:<http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/789/283>
4. Iglesia Corchero AM. Factores De Riesgo Odontológico En Pacientes Médicamente Comprometidos Registrados En Un Centro De Atención Primaria De Odontología Del Servicio Galego De Saúde – Sergas [Tesis Doctoral en Internet]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2013[citado 2 mar 2019].Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/61965507>
5. CEPAL. Avances del proyecto Transición demográfica: oportunidades y desafíos para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe. Estudio de las Cuentas Nacionales de Transferencia en la región. 20 de diciembre de 2018. Consultado 28 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/notas/avances-proyecto-transicion-demografica-opportunidades-desafios-lograr-objetivos-desarrollo>
6. Leyva Mondragón H, de la Torre F, Orejuela Ramírez F. Prevalencia de enfermedades de pacientes especiales de la Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2019 Ene [citado 20 Oct. 2019]; 29(1): 62 -69. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552019000100007&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552019000100007&lng=es).
7. Pemberthy López C, Jaramillo Gómez N. Velásquez Mejía CA, Cardona-Vélez J, Contreras-Martínez H, Jaramillo-Restrepo. Conceptos actuales sobre el envejecimiento y la enfermedad cardiovascular. Revista Colombiana de Cardiología [Internet].2016 May–Jun [citado 2 Mar 2018]; 23(3): 210-217.



Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563316000048>

8. Barrios A, Barán Wasilchuk MT, Cabello A, Cañete F. Manual de Manejo de Enfermedades Crónicas no transmisibles, desde atención primaria de salud [Internet]. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2015 [citado 2 mar 2019]. Disponible en: <http://portal.mspbs.gov.py/dvent/wp-content/uploads/2015/10/Manual-de-manejo-de-ECNT.pdf>
9. Bastarrechea Milián M de las M, Quiñones La Rosa I. Medicamentos en pacientes con riesgo quirúrgico y su repercusión en Estomatología. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado 20 Oct 2020]; 18(2): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2394>
10. Santoy DM, Llamas FJ, Oliver R, Luna CA, Hernández JM. Frecuencia e intensidad del dolor transoperatorio experimentado durante extracciones dentarias en pacientes con enfermedades sistémicas. Rev. Tame [internet]. 2018 [citado 24 feb. 2020]; 6(18):664-670. Disponible en: <http://docplayer.es/113961824-Frecuencia-e-intensidad-de-dolor-transoperatorio-experimentado-durante-extracciones-dentarias-en-pacientes-con-enfermedades-sistemicas.html>
11. Aroca Benítez FN. Manejo Odontológico en pacientes diabéticos e hipertensos en el Centro de Salud No. 2 “Las Casas” Quito. [Tesis en Internet]. Ambato, Ecuador: Facultad de la Ciencia de la Salud; 2015 [citado 24 Feb. 2020]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/1811/1/TUAEXCMSP016-2015.pdf>
12. Castellares Malpartida MA. Nivel de conocimiento sobre la atención estomatológica de los pacientes con diabetes mellitus tipo I y II en alumnos de 5to año e internos de la Facultad odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Tesis en Internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016 [citado 2 mar 2019]. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4964/Castellares\\_mm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4964/Castellares_mm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

13. Medrano Atencio LE. Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus de cirujano dentistas de la escuela nacional de perfeccionamiento profesional del colegio odontológico del Perú. [Tesis internet]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2015 [citado 2 mar 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/172>
14. Castillo Vargas EG. Nivel de conocimiento sobre la atención estomatológica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en internos de odontología de tres universidades de Lima- 2014 [Tesis en Internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [citado 2 mar 2019]. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3824/Castillo\\_ve.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3824/Castillo_ve.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
15. Morales VJ, Regalado AJ, Gómez ZA, López UD. Nivel de conocimiento sobre la atención a pacientes con diabetes mellitus. *Odont Act* 2014; 11(130): 60-66.
16. Meléndez RH, Perez BC. Nivel de conocimiento de los estudiantes del v curso de odontología de la UNAN-León sobre hipertensión y diabetes, así como del manejo de estos pacientes en las clínicas de cirugía oral [Tesis en Internet]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2010 [citado 2 mar 2019]. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/5182>
17. Batista Cipriano O, Almeida Rolim AK, Satyro Gomes Alves MA, de Oliveira Filho FA, Tenorio Guenes GM; et al. Odontología para pacientes especiais: análise da composição curricular das instituições públicas do Brasil. *Research Society and Development* [Internet]. 2020 [citado 2 mar 2020]; 9(2): [aprox 13 p]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/338426300\\_Odontologia\\_para\\_pacientes\\_especiais\\_analise\\_da\\_composicao\\_curricular\\_das\\_instituicoes\\_publicas\\_do\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/338426300_Odontologia_para_pacientes_especiais_analise_da_composicao_curricular_das_instituicoes_publicas_do_Brasil)
18. Cançado Figueiredo M, Nicoli Haas A, Scariot D, Luchsinger Lima G, Concha Melgar X. Actitud de odontólogos acerca de la atención de pacientes con necesidades especiales *Odontol. Sanmarquina* [Internet]. 2019 [citado 2 mar 2020]; 22(1): 5-12. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/15837>

19. González Parraguez C. Percepción de atención dental de pacientes en situación de discapacidad atendidos en reclinador de silla de ruedas [Tesis en Internet]. Santiago- Chile: Universidad de Chile; 2013[citado 2 mar 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/117417>
20. Giraldo Zuluaga MC, Martínez Delgado CM, Cardona Gómez N, Gutiérrez Pineda JL, Giraldo Moncada KA, Jiménez Ruíz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. Rev. CES Odont. [Internet]. 2017[citado 2 mar 2019]; 30(2):23-36. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/4611/2884>
21. Alamoudi NM, Almushayt AS, El Derwi DA, Mirdad LH, El-Ashiry EA. Dentists' Perception of the Care of Patients with Special Health Care Needs in Jeddah, Saudi Arabia. J Oral Hyg Health [Internet]. 2017[citado 2 mar 2019]; 5(3):226. Disponible en: <https://www.omicsonline.org/open-access/dentists--perception-of-the-care-of-patients-with-special-health-careneeds-in-jeddah-saudi-arabia-2332-0702-1000226-94544.html>
22. Bastarrechea Milián M de las M, Rosales Reyes SA, Rodríguez Soto A. Perfeccionamiento curricular en la carrera de estomatología para la atención a pacientes de riesgo quirúrgico y su evaluación. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2012 [internet]. 2012 La Habana: Palacio de Convenciones de la Habana [citado 2 mar 2019]. Disponible en: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/1483>
23. Bastarrechea Milián M de las M, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D, Bárbara García Triana. El paciente de riesgo quirúrgico en la carrera de estomatología. Revista Cubana de Educación Médica Superior. "Próxima publicación" N°3 del Volumen 35, 2021
24. Triana Estrada J. La enseñanza de la Odontología y su relación con la seguridad del paciente. Revista CONAMED [Internet]. 2016 [citado 23 Mar 2019]; 19(4):3-4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2014/cons141a.pdf>

25. Bastarrechea Milián M de las M, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D. Riesgo médico en pacientes estomatológicos según la clasificación ASA. Revista Habanera de Cienc Med [Internet].2020 [citado 20 Dic. 2020]; 19(3):1-14. Disponible en:<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3032/2588>
26. Sánchez Trocino B, Díaz Acevedo JA, Cortez López NE, Cruz Duran GM. Valoración y clasificación de pacientes en la consulta dental. Rev. Odontol Lat. [Internet]. 2016 [Citado 2 mar 2018]; 8(1):1-6. Disponible en: [www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V08N1p1.pdf](http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V08N1p1.pdf)
27. Madrid Las VM. Protocolo a seguir por el profesional y estudiante de odontología con pacientes que están condicionados sistemáticamente y cuidados que deben tomarse en cuenta al momento de realizar un tratamiento con el fin de actualizar ficha clínica del mismo. [Tesis en Internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos; 2012[citado 20 Oct. 2020]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/4882/1/T2511.pdf>
28. del Perpetuo Socorro Mendiburu Zavala CE, Medina Peralta S, Chi Castillo SD. Enfermedades pulpares y periapicales en pacientes sistémicamente comprometidos en el Centro de Salud de Uayma, Yucatán, México. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Dic. [citado 20 Oct. 2019]; 53(4): 198-209. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072016000400003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000400003&lng=es).
29. Castellares Malpartida MA. Nivel de conocimiento en el manejo del paciente con diabetes melitos tipo 1 y 2 en alumnos de 5to año en internos de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Tesis en Internet]. Lima- Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016[citado 2 mar 2019]. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4964/Castellares\\_mm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4964/Castellares_mm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
30. Aguilar Yaguana CD. Protocolo de atención odontológica para pacientes con hipertensión arterial que acuden a la sede Colón [Tesis en Internet]. Quito: Universidad de las América; 2016 [citado 2 mar 2019]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/5439/1/UDLA-EC-TOD-2016-61.pdf>

31. Silvestre Donat FJ, Plaza Costa A. Odontología en Pacientes Especiales. En: El paciente de riesgo médico en la clínica odontológica. España: Servei de Publicacions; 2007.p. 15-64.
32. Cardozo E, Pardi G. "Consideraciones a tomar en cuenta en el manejo odontológico del paciente con diabetes mellitus." Acta Odontol Venez [Internet]. 2003 Ene [Citado 2 mar 2018]; 41(1):63-66. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652003000100010&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652003000100010&lng=es).
33. Verdugo AFJ, Rodríguez BLF, Montini SC. "Protocolo quirúrgico para el manejo de pacientes diabéticos sometidos a procedimientos de cirugía bucal." Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2011 [Citado 2 mar 2018]; 49 (2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/2/art-11/>
34. Hermida Franco YA. Protocolo de atención a pacientes hemofílicos en cirugía bucal en el Hospital del niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante" [Tesis en Internet]. Mexico: Universidad de Guayaquil; 2014 [Citado 2 mar 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/6176>
35. Cedeño MJA, Rivas R, Tuliano RA. "Manejo odontológico en pacientes con terapia antiagregante plaquetaria." Rev. Odontol México [Internet]. 2013 Oct-Dic [Citado 2 mar 2020]; 17(4): 256-260. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-pdf-S1870199X13720457>
36. Arieta K. "Manejo del Paciente Cardiológico Previo a Procedimientos Odontológicos [Internet]. Uruguay: Cardiomil; 2013 [Citado 2 mar 2020]. 8p. Disponible en: [https://www.academia.edu/8246204/Manejo\\_del\\_Paciente\\_Cardiolo%C3%B3gico\\_Previo\\_a\\_Procedimientos\\_Odontolo%C3%B3gicos](https://www.academia.edu/8246204/Manejo_del_Paciente_Cardiolo%C3%B3gico_Previo_a_Procedimientos_Odontolo%C3%B3gicos)
37. Tebres J, Yépez F, Tovar J. Protocolo de atención para el tratamiento bucal quirúrgico a pacientes con cardiopatías isquémicas. Revisión de la literatura. Acta Bioclin [Internet]. 2018 Ene-Jun. [Citado 2 mar 2020]; 8(15):237-47. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/9969/9896>
38. Rodríguez Soldevila J. Protocolos nacionales de atención clínica y esquemas terapéuticos del programa nacional de atención integral de VIH/SIDA [Tesis en Internet]. Santo domingo- Rep. Dom: Secretaria de Estado de Salud Pública y asistencia social; 2004 [citado 20 Dic 2020]. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1366/Protocolosat>

[encionclinico2004.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

39. Rivero Pérez O. Riesgo Quirúrgico. En: Cirugía Bucal. Selección de temas. La Habana: ECIMED; 2018.p.55-79.
40. Bullón Fernández P, Machuca Portillo G. La atención odontológica en pacientes medicamente comprometidos. Madrid: Editorial Laboratorios Normon; 1996.
41. Bastarrechea Milián M de las M, Rosales Reyes SA, González Ramos RM, González CC. Percepción y conocimientos de los estudiantes sobre la atención estomatológica al paciente con riesgo quirúrgico. Educ Méd Super [Internet]. 2019 Sep. [Citado 20 Dic. 2020]. 33 (3):1873. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412019000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412019000300001&lng=es).
42. Bastarrechea Milián M de las M, Rosales Reyes SA, Ciria González C, Quiñones La Rosa I. Curso optativo de riesgo quirúrgico para estudiantes de pregrado de la carrera de estomatología. Revista Cubana de Educación Médica Superior. "Próxima publicación"Nº3 del Volumen 35, 2021
43. González Rodríguez R, Cardentey García J. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Revista Finlay [Internet]. 2018 [citado 3 Sep. 2020]; 8(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564>
44. Serra Valdés M. Las enfermedades crónicas no transmisibles en la Convención Internacional Cuba-Salud 2015. Revista Finlay [Internet]. 2015 [citado 8 May 2020]; 5(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/362>
45. Landrove Rodríguez O, Morejón Giraltoni A, Venero Fernández S, Suárez Medina R, Almaguer López M, Pallarols Mariño E, et al. Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. Rev. Panam Salud Pública [Internet]. 2018[citado 8 Mayo 2020]; 42:23. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34897/v42e232018.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
46. Serra Valdés M, Serra Ruíz M, Viera García M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Rev. Finlay [Internet]. 2018 Jun. [Citado 20 Oct. 2020]; 8(2): 140-148. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342018000200008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200008&lng=es).

47. Millá Perseguer MM. Evaluación del modelo de clasificación de pacientes: Grupo de Riesgo Clínico (CRG), como indicador y predictor de consumo de recursos y su relación con los Factores de Riesgo Cardiovascular y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud [ Tesis Doctoral en Internet]. Barcelona: Universitat Jaume I; 2016 [citado 20 Oct 2020]. Disponible en: [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/400935/2017\\_Tesis\\_Milla%20Perseguer\\_Magda.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/400935/2017_Tesis_Milla%20Perseguer_Magda.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
48. Porras Ramírez A. Propuesta para la Vigilancia de personas con condiciones crónicas en el Distrito Capital. OMS [Internet]. S.A [citado 20 Dic. 2020]. Disponible en: <http://saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Todo%20Cronicas/Propuesta%20de%20Vigilancia%20de%20Enfermedades%20Cr%C3%B3nicas.pdf>
49. Leyva Mondragón HT. Identificación de enfermedades sistémicas y condiciones discapacitantes en pacientes atendidos en el servicio de estomatología de pacientes especiales de la facultad de estomatología “Roberto Beltrán” entre los años 2015-2016 [Tesis en Internet]. Lima, Perú: Universidad Peruana; 2016 [citado 28 Oct. 2020]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/443>
50. Pérez Bejarano Nohelia María, Alarcón González Viviana Soledad, Ferreira Gaona Marta Inés, Díaz Reissner Clarisse Virginia, Duré Pedro, Andriotti Natalia et al. Estado de Salud Oral en Discapacitados Residentes en la Fundación Pequeño Cottolengo Don Orione, Paraguay. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2016 [ 03 Ene 2021 03]; 10(1): 69-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2016000100012>.
51. Piédrola Gil G, Domínguez Carmona M, Cortina Greus P, Gálvez Vargas R, Sierra López A, Sáenz González MC; et al. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Salvat. SE; 1990.
52. Sueiro Sánchez I, Hernández Millán A, Díaz Sosa G, Padilla Gómez E, Díaz Sosa C, Hernández Millán Z. Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira. Medisur [Internet]. 2016 Dic. [Citado 28 Oct. 2020]; 14(6): 717-726. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2016000600007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000600007&lng=es)

53. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de Manejo de Enfermedades Crónicas no transmisibles desde la Atención Primaria de Salud. 2da Edición. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2015.
54. Flujas Leal MJ. Protocolo accesible para personas con discapacidad. Madrid: Fundación ONCE; 2006.
55. Tan N, Rodríguez A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev. Cub de Estomatol [Internet]. 2001 [citado 7 Abr. 2020]; 38(3): 181-91. Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072001000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000300006&lng=es)
56. Nazar JC, Zamora HM, González AA. Cirugía ambulatoria: selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. Rev. Chil Cir [Internet]. 2015 Abr. [citado 03 Sep. 2020]; 67(2): 207-213. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262015000200017&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262015000200017&lng=es).
57. Salazar Gómez CE. Prevalencia de enfermedades sistémicas en la clínica integral de la facultad de odontología de la universidad central del ecuador período octubre 2016 febrero 2017 [Tesis en Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2017 [citado 03 Sep. 2020]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13299/1/T-UCE-0015-811.pdf>
58. Bastarrechea Milián MM, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D, Barciela González Longoria MC. Clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica. Rev Cubana de Estomatología [Internet]. 2021 [citado 21 May 2021]; 58(3):e3658. Disponible en: [www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/download/3658/1937](http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/download/3658/1937)
59. Díaz Pérez R, Hernández Quiroz E, Gutiérrez Valdez DH. Clasificación de estado físico de los pacientes según la Sociedad Americana de Anestesiología (SAA) en adultos atendidos por emergencia odontológica. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2014 [citado 20 Oct. 2020]; 52(3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/3/art-4/>
60. Haro Samaniego FA. Protocolo quirúrgico en adultos sanos y sistémicamente comprometidos [Tesis en Internet]. Quito: Universidad de las Américas; 2015 [citado 20 Oct. 2020]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/3949/1/UDLA-EC-TOD-2015-39%28S%29.pdf>



61. Monzón J, Acuña M, Caramello C, Sesín J. Periodontitis como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Revista Facultad de Odontología [Internet]. 2017 [citado 20 Oct. 2020]; 10(1): 32-37. Disponible en: <http://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/viewFile/2940/2617>
62. Milián Guerrero CY. Nivel de conocimiento sobre profilaxis antibiótica en pacientes de riesgo a endocarditis infecciosa, de los alumnos del x ciclo de la escuela profesional de estomatología de la universidad Señor De Sipán, 2016 [Tesis en Internet]. Pimentel-Perú: Universidad Señor de Sipán; 2016 [citado 5 Abr. 2020]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/2318>
63. Neira Chocce DA. Nivel de conocimiento sobre profilaxis antibiótica de endocarditis infecciosa previa a procedimientos odontológicos en estudiantes de estomatología que cursan la clínica estomatológica integral del adulto I del año 2016-2 b de la Universidad Alas Peruanas [Tesis en internet]. Lima-Perú: Universidad Alas Peruanas; 2017 [citado 2 mar 2019]. Disponible en: [http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/5240/5/T059\\_46251390\\_T.pdf](http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/5240/5/T059_46251390_T.pdf)
64. Mauri Obradors E, Estrugo Devesa A, Jané Salas E, Viñas M, López López J. Oral manifestations of Diabetes Mellitus. A systematic review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2017 Sep. [Citado 5 Abr. 2020]; 22(5):586-94. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5694181/Elisabet\\_Mauri-Obradors](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5694181/Elisabet_Mauri-Obradors)
65. Macías Cortázar AG. Manifestaciones bucales de enfermedades endócrinas y metabólicas [Tesis en internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2016 [citado 2 Mar 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/19237/1/MACIASarianna.pdf>
66. Teherán-Valderrama AA, Mejía-Guatibonza MC, Álvarez- Meza LJ, Muñoz-Ramírez YJ, Barrera-Céspedes MC, Cadavid-González V. Relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2: un estudio de corte transversal. Rev. Cienc. Salud [Internet]. 2017 mayo- ago. [Citado 2 mar 2019]; 15 (2):211-222. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/5757>

67. Pérez-Losada FDL, Jané-Salas E, Sabater-Recolons M del M, Estrugo-Devesa A, Segura-Egea JJ, López López J. Correlation between periodontal disease management and metabolic control of type 2 diabetes mellitus. A systematic literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2016 Jul [citado 2 mar 2019]; 21(4): 440–446. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4920457/>
68. Baeza M, Morales A, Cisterna C, Cavalla F, Jara G, Isamitt Y, Pino P, Gamonal J. Effect of periodontal treatment in patients with periodontitis and diabetes: systematic review and meta-analysis. *J Appl Oral Sci* [Internet]. 2020 [citado 2 mar 2020]; 28 [aprox. 33 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-77572020000100801&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572020000100801&lng=en).
69. Pereira Alvarado J. Manifestaciones de la descompensación tiroidea y riesgo quirúrgico. *Rev. Méd Cos Cent* [Internet]. 2015 [citado 2 mar 2020]; 72: 471 – 475. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152zs.pdf>
70. Gilligan G, Moine L, Ferreyra R, Panico R. Lesiones óseas multicéntricas por trastorno paratiroideo: Reporte de de un caso clínico. *Odovtos* [Internet]. 2018 Abr. [citado 2 Mar 2020]; 20(1): 25-32. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2215-34112018000100025&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-34112018000100025&lng=en).
71. Moretó Quintana A, Sierra Aisa C, Iruiñ Irulegui G, Martín Martitegui X, García-Ruiz JC. Enfermedades de la hemostasia primaria. Púrpuras vasculares. Enfermedades de las plaquetas. *Medicine* [Internet]. 2016 nov. [Citado 2 mar 2019]; 12 (22): 1267-1274. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541216302104>
72. Parra Ortega I, Rodríguez Ortega D. Manifestaciones orales de trastornos hematológicos no neoplásicos. *Revista ADM* [Internet]. 2020 [citado 2 mar 2019]; 77 (1): 28-36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2020/od201f.pdf>

73. Laino L, Cicciù M, Fiorillo L, Crimi S, Bianchi A, Amoroso G; et al .Surgical Risk on Patients with Coagulopathies: Guidelines on Hemophiliac Patients for Oro-Maxillofacial Surgery Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet].2019 [citado 2 mar 2019] ; 16(8):1-12 . Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/8/1386>
74. Espinoza Zambrano, Kerly Johanna. Estado de salud oral en paciente hemofilia. [Tesis en Internet]. Quito: Universidad de las Américas; 2020 [citado 2 mar 2021]. Disponible en: <repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/49843/1/3438ESPINOZAKERLY.pdf>
75. Parra Guzmán LB. Patologías bucodentales y alteraciones asociadas prevalentes en pacientes hemofílicos que acuden al circuito de salud n° 23 D01 C05 “Augusto Egas” de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período julio-diciembre 2014 [Tesis en Internet]. Riobamba, Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2015 [citado 20 Oct. 2020]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/868/1/UNACH-EC-ODONT-2015-0009.pdf>
76. Arrais Ribeiro IL, Saraiva de Miranda LA, Melo de Queiroz Oliveira AC, Días de Castro R. Conocimiento acerca de la enfermedad de Von Willebrand entre estudiantes de Odontología. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2017 oct- dic. [Citado 2 mar 2019]; 54 (4). Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1368/387>
77. Molinare-S P, Ludwig-M K, Quiroz-M P. Estomatitis Urémica como Complicación Oral de Insuficiencia Renal Crónica: Reporte de Caso y Revisión de la Literatura. Int. J. Odontostomat [Internet]. 2018 Sep. [Citado 08 Mar 2020]; 12(3): 304-308. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2018000300304&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2018000300304&lng=es).
78. Naranjo Brito VI. Lesiones orales en pacientes con insuficiencia renal sometidos a tratamiento de diálisis en el Hospital del IESS de La Ciudad de Ambato provincia de Tungurahua de enero -diciembre 2015 [Tesis en Internet]. Ambato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2016 [citado 20 Oct. 2020]. Disponible en:

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23091/2/Rom%C3%A1n%20Bautista%2C%20Elsa%20Gabriela.pdf>

79. Vizuite Bolaños MX. Estado De Salud Bucal En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Bajo Tratamiento Con Hemodiálisis, Atendidos En El Centro “Nefrology”. [Tesis en internet]. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2017 [citado 2 mar 2020]. Disponible en:<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/8267/1/T-UCE-0015-442.pdf>
80. Herrera Alvarado KM. Estado dental y periodontal en pacientes con insuficiencia renal crónica. Serdidyv S.A, 2018. [Tesis en internet]. Guayaquil-Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2019 [citado 2 mar 2020]. Disponible en:<http://192.188.52.94/bitstream/3317/12262/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-431.pdf>
81. Seng Montes de Ocal L. La enfermedad periodontal y su relación con la insuficiencia renal crónica. Invest Medicoquir [internet]. 2018 jul- dic. [Citado 2 mar 2019]; 10(2). Disponible en:<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/440/515>
82. Rebolledo Cobos M, De la Cruz Villa A, Ibarra Kammerer R, Hernández Miranda K. Hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica: repercusiones estomatológicas, una revisión. Av Odontoestomatol [Internet]. 2018 Ago. [citado 20 Oct. 2020]; 34(4): 175-182. Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852018000400002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852018000400002&lng=es).
83. Calvo X. Complicaciones bucales de los tratamientos de radioterapia de cabeza y cuello y de quimioterapia. Rev. Científica Odontológica [Internet]. 2014 [citado 13 Mayo 2020]; 2(1):229-232. Disponible en:<https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/90/120>
84. García Heredia GL, Osorio Núñez M, Chong Rivas I, Marinello Guerrero JJ, García del Barco Herrera D. Manifestaciones bucales por radioterapia en pacientes geriátricos con cáncer de cabeza y cuello. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2017 [citado 20 Dic. 2020]; 54(4):1-11. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072017000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000400002&lng=es).

85. Bonar Alvarez P, Perez-Sayáns M, Oliveira Alves MG, Gallas Torreira M, Padín Iruegas ME, Blanco Carrión A, et al. Dental management prior to radiation therapy in patients with head and neck cancer. *Indian J Cáncer* [internet]. 2018 jul.-sep. [citado 20 dic. 2020]; 55(3): 251-256. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30693889/>
86. Arcentales Vera KV, Mendieta Torres MM, Vera Sauhing CE, Ojeda Maldona DI. Diagnóstico de las patologías de tubo digestivo y anexos para proceder al manejo clínico y quirúrgico en el tratamiento adecuado. *Rev. Cient Mundo de la Investig y el Conoc* [Internet]. 2019[Citado 2 mar 2020]; 3(4 ): 363-398. Disponible en:<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7402160.pdf>
87. Avendaño R, Delgado S, Gutiérrez D, Quintero A, Saavedra G, Useche K. Alteraciones clínicas odontológicas por la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev. Venez Invest Odont IADR* [Internet]. 2017 [Citado 2 mar 2020]; 5(2): 287-304. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/8236/8179>
88. Adler I, Muiño A, Aguas S, Harada L, Díaz M, Lence A, et al. *Helicobacter pylori* and oral pathology: Relationship with the gastric infection. *World J Gastroenterol* [internet]. 2014 Aug [citado 2 mar 2020]; 20(29): 9922–9935. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4123373/>
89. Byun SH, Min C, Hong SJ, Choi HG, Koh DH. Analysis of the Relation between Periodontitis and Chronic Gastritis/Peptic Ulcer: A Cross-Sectional Study Using KoGES HEXA Data. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2020 Jun [citado 2 ene 2021]; 17(12): 4387. Disponible en:
- 90 Tongtawee T, Wattanawongdon W, Simawaranon T. Effects of periodontal therapy on eradication and recurrence of *Helicobacter pylori* infection after successful treatment. *J Int Med Res* [internet]. 2019 Feb. [citado 2 mar 2020]; 47(2): 875–883. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6381484/>
- 91 Yu HC, Chen TP, Wei CY, Chang YC. Association between Peptic Ulcer Disease and Periodontitis: A Nationwide Population-Based Case-Control Study in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2018 may [citado 2 mar 2020]; 15(5):912. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5981951/>

92. Fajardo Espinales DO. Manejo odontológico en pacientes con insuficiencia hepática. [Tesis en Internet]. México: Universidad de Guayaquil; 2016 [Citado 2 mar 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/18809>
93. Castellanos Suárez JL, Díaz Guzmán LM, Lee Gómez EA. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. [Internet]. 3ra Ed. México: Manual Moderno; 2015 [Citado 2 mar 2020]. Disponible en: [https://books.google.com/cu/books?id=4OQhCQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com/cu/books?id=4OQhCQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
94. Abraham Inpijn L, Russell G, Abraham DA, Bäckman N, Baum E, Bullón-Fernández P, et al. A patient-administered Medical Risk Related History questionnaire (EMRRH) for use in 10 European countries (multicenter trial). Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod [Internet]. 2008 [Citado 2 mar 2020]; 105 (5):597-605. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1079210407008219?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1079210407008219%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F18299219%2F>
95. Chandler-Gutiérrez L, Martínez-Sahuquillo A, Bullón-Fernández P. Valoración del riesgo médico en la consulta dental mediante la encuesta EMRRH. Med Oral [Internet]. 2004 [Citado 2 mar 2020]; 9:309-20. Disponible en: [https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/15292870/Evaluation\\_of\\_medical\\_risk\\_in\\_dental\\_practice\\_through\\_using\\_the\\_EMRRH\\_questionnaire](https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/15292870/Evaluation_of_medical_risk_in_dental_practice_through_using_the_EMRRH_questionnaire)
96. Esteves H, Suárez Quintanilla JM. Optimizaçào da anamnese em Medicina Dentária. Cadernos de Saúde [Internet]. 2011 [Citado 2 mar 2020]; 4(2):47-55. Disponible en: <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/2821>
97. Castilla Hernández NY, Gómez Álvarez HP, Quintero Sierra MR. Seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico. [Tesis en Internet]. Colombia: Universidad Santo Tomás; 2017 [Citado 2 mar 2020]. Disponible en: <http://repository.usta.edu.co/handle/11634/10414>

98. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. REV MED CLIN CONDES [Internet]. 2017 [Citado 2 mar 2021]; 28(5):785-795. Disponible en:<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864017301268>
99. Iglesias Corchero AM, Suárez Quintanilla JM. Patología cardíaca en la clínica dental evaluada con el cuestionario CROME (Clasificación del Riesgo Odontológico en Pacientes Médicamente Comprometidos). RCOE [Internet]. 2017 [Citado 2 mar 2021]; 22 (1):9-66. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6187463>
100. López Herranz GP, Torres Gómez OG. Variabilidad de la clasificación del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos entre los anestesiólogos del Hospital General de México. Rev. Méx de Anestesiología [Internet]. 2017 Jul-Sep [Citado 2 mar 2021]; 40(3):190-194. Disponible en:<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=74691>
101. La Rosa Armero Y, Rodríguez Fernández Z, Matos Tamayo ME. El dilema de las reintervenciones quirúrgicas Rev. Cubana Cir [Internet]. 2018 Dic. [Citado 2 mar 2021]; 57 (4):708. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932018000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932018000400009&lng=es).
102. López Herrera SL. Protocolo para la Prevención de Riesgos Asociados a los Procedimientos Quirúrgicos en Paciente Hospitalizado [Tesis en Internet]. México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2017 [Citado 2 mar 2021]. Disponible en: <http://148.224.97.92/xmlui/handle/i/4589>
103. Guías de práctica clínica: Intervenciones preventivas para la seguridad en el paciente quirúrgico [Internet]. México: Consejo Salubridad general; 2013 [citado 2 mar 2020]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_676\\_13\\_IntervencionesparalaseguridadenelpacienteQx/676GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_676_13_IntervencionesparalaseguridadenelpacienteQx/676GRR.pdf)
104. Guía clínica para la atención en cirugía bucal y maxilofacial El Salvador. [Internet]. El Salvador: Ministerio de salud de El Salvador; 2016 [citado 2 mar 2019]. Disponible

en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia\\_atencion\\_cirugia\\_bucal\\_y\\_maxilofacial.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_atencion_cirugia_bucal_y_maxilofacial.pdf)

105. Barrio Canal AM, López A, Monreal M, Montané E. Quality assessment of peripheral artery disease clinical guidelines. *J Vasc Surg* [Internet]. 2016 [citado 08 Mar 2021]; 63(4):1091-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27016858>
106. Pavan S, Rommel K, Mateo Marquina ME, Höhn S, Lanneau V, Rath A. Clinical Practice Guidelines for Rare Diseases: The Orphanet Database. *PLoS One* [Internet]. 2017 [citado 08 Jul. 2020]; 12(1):e0170365. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5242437/>
107. Machingaidze S, Zani B, Abrams A, Durao S, Louw Q, Kredo T, et al. Quality and reporting standards of South African primary care clinical practice guidelines. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2017 [citado 08 Jul 2020]; 83:31-6. Disponible en: <http://www.unisa.edu.au/Global/Health/Sansom/Images/iCAHE/Newsletter%20images/Spring%202015/W01491%20SAGE%20Poster%203%201.2%20-%20FINAL.pdf>
108. Morales Navarro D, Vila Morales D, Rodríguez Soto A. Evaluación de guías de práctica clínica de atención al politraumatizado maxilofacial y trauma maxilofacial grave. *Rev. Cubana Estomatol* [Internet]. 2017 [Citado 2 mar 2020]; 54(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1047>
109. Ariel Franco JV, Arencibia M, Meza N, Madrid E, Kopitowski K. Guías de práctica clínica: conceptos, limitaciones y desafíos. *Med wave* [Internet]. 2020 [citado 8 Mar 2021]; 20(3): 7887. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/341056543\\_Guias\\_de\\_practica\\_clinica\\_conceptos\\_limitaciones\\_y\\_desafios](https://www.researchgate.net/publication/341056543_Guias_de_practica_clinica_conceptos_limitaciones_y_desafios)
110. Colectivo de autores. Guías prácticas de estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
111. Raven J, Liu X, Hu D, Zhu W, Hoa DT, Thi LM, et al. Using guidelines improve neonatal health in China and Vietnam: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 Nov [citado 8 Mar 2021]; 16(1): 647. Disponible



en:[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5106829/pdf/12913\\_2016\\_Article\\_1900.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5106829/pdf/12913_2016_Article_1900.pdf)

112. Galvez-Olortegui J, Galvez-Olortegui T, Condor-Rojas Y, Camacho-Saavedra L. Rol de las guías de práctica clínica en la actualización del manejo de la hipertensión arterial en el Perú. Rev. Méd Hered [Internet]. 2016 Oct.-dic. [citado 22 Mar 2020]; 27(4): 265-267. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n4/a13v27n4.pdf>
113. Grimmer K, Machingaidze S, Dizon J, Kredo T, Louw Q, Young T. South African clinical practice guidelines quality measured with complex and rapid appraisal instruments. BMC Res Notes [Internet]. 2016 [citado 22 Mar 2020]; 9: 244. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848797/>
114. Rodríguez MF, Pineda I, Rozas MF. Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica de los 80 problemas de salud del régimen de garantías explícitas en salud. Rev. Méd Chile [Internet]. 2016 [citado 11 Abr 2020]; 144(7):862-9. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872016000700006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000700006)
115. Canelo-Aybar C, Balbín G, Pérez-Gómez Á, Florez DI. Guías de práctica clínica en el Perú: evaluación de su calidad usando el instrumento AGREE II. Rev. Perú Méd Exp Salud Pública [Internet]. 2016 Oct.-dic. [Citado 15 Mayo 2019]; 33(4):732-8. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000400018](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400018)
116. Morales Salinas A, Dubner S, Piñeiro DJ. A propósito de la aplicación del instrumento AGREE en las guías clínicas de fibrilación auricular. Medwave [internet]. 2016 ene [citado 2 mar 2020]; 16(1): 6367. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Comentario/6367>.
117. Lashoher A, Schneider E, Juillard C, Stevens K, Colantuoni E, Berry W, et al. Implementation of the World Health Organization Trauma Care Checklist Program in 11 Centers Across Multiple Economic Strata: Effect on Care Process Measures. World J Surg [Internet]. 2017 Abr. [citado 8 Jun. 2020]; 41(4): 954-62. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00268-016-3759-8>

118. Pelegrino F M, Bolela F, Corbi ISA, Carvalho ARS, Dantas RAS. Educational protocol for patients on oral anticoagulant therapy: construction and validation. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2014 Sep. [citado 10 Jun. 2020]; 23(3):799-806. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/0104-0707-tce-23-03-00799.pdf>
119. Saura Llamas J, Hernández S. Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. Atención Primaria [Internet]. 1996 Jun. [Citado 8 Jun. 2020]; 18(2): 94-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-protocolos-clinicos-como-se-construyen-1430>
120. Alcaide Costa JR, Andrés Gimeno B, Arias Rivera S, Díaz Caro I, Martínez Piedrola M, Merino Ruiz M, et al. Guía De Elaboración de Protocolos y procedimientos enfermeros. [Internet]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Hospitales; 2012 [citado 2 mar 2020]. Disponible en: <https://www.google.com/cu/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017377.pdf&ved=2ahUKewjawl2HzqHwAhXDRDABHQ3nBB4QFjAAegQIAhAB&usq=AOvVaw3th-Bfgg5ceZGVCE-Vb6Kr>
- 121 Jara Holliday O. La sistematización de experiencias produce un conocimiento crítico, dialógico y transformador. Docencia [Internet] 2015 May [citada 2014/12/12]; (55):33-9. Disponible en: <http://www.cepalforja.org/sistem/bvirtual/wp-content/uploads/2015/06/Entrevista-Oscar-Jara-Revista-Docencia.pdf>
- 122 Camargo Salamanca SL. En búsqueda de consenso sobre el concepto de validez: Un estudio Delphi [tesis en internet]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2017 [citado 12 Mar 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/60989/52442841.2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
123. Martínez Sariol E, Travieso Ramos N, Sagaró del Campo NM, Urbina Laza O, Martínez Ramírez I. Identificación de las competencias específicas de los profesionales de enfermería en la atención al neonato en estado grave.

- MEDISAN [Internet].2018 [citado 15 May. 2020]; 22(2):181.Disponible en:  
<http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1869>
124. Díaz Valdés L, Pérez García LM, Calderón Mora M de las M, Fardales Macías VE, Valdés Quesada AE, Palau Rodríguez CM. Diagnóstico del proceso de evaluación de la competencia didáctica de los profesores de Estomatología. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 Dic. [Citado 20 Dic. 2020]; 19(3): 29-47. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300004&lng=es).
125. García-Puig J, Vara-Pinedo F, Vargas-Núñez JA. Implantación del Examen Clínico Objetivo y Estructurado en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Educación Médica [Internet]. 2018 Mayo– Jun. [Citado 20
126. Martín Reyes O, Fernández Carmenates N, García Vitar L, Bravo Cano O. Guía de evaluación de competencias clínicas en cuarto año de Estomatología. Rev. Hum Méd[Internet].2019 Dic.[ citado 15 Mayo 2020];19 (3 ):562-76.Disponible [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-812020190003000562](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-812020190003000562)
127. Moriyama IM. Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Russell Sage Foundation;1968
- 128 Artiles Bisbal L, Otero Iglesias J, Barrio Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. ECIMED. La Habana 2008 Benavides Mayumi O, Gomez-restrepo C. Métodos de investigación cualitativa: triangulación. Rev.colomb.psiquiater. [internet]2005 Mar [cited 2021 june 8];34(1): 118-124. available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttex&pid=s0034-74502005000100008&lng=en>
129. Santillán García A. Lectura crítica de la evidencia científica. Enferm Cardiol [internet].2014 [citado 15 May. 2020]; 6(63):15-18. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/downloaded.php?key=WFZ3Ykc5aFpITXZZMI ZrYVhSdmNtbGhiQzl5WlhacGMzUmhMV05oY21ScGIyeHZaMmxoTDJGeWR HbGpkV3h2Y3k4Mk15ODJNMTh3TVM1d1pHWW1abVZqYUdFOU1qQXINVE ExTURNeU1ETTNjR1JtUA%3D%3D>

130. Cabello, JB. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. [citado 15 Mayo 2020]: 5-8. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Teresa-Gonzalez-Gil/publication/337415510\\_Plantilla\\_para\\_ayudarte\\_a\\_entender\\_un\\_estudio\\_cualitativo\\_En\\_CASPe\\_Guias\\_CASPe\\_de\\_Lectura\\_Critica\\_de\\_la\\_Literatura\\_Medica\\_Alicante\\_CASPe\\_2010\\_Cuaderno\\_III\\_p3-8/links/5dd66b61a6fdcc2b1fa976ab/Plantilla-para-ayudarte-a-entender-un-estudio-cualitativo-En-CASPe-Guias-CASPe-de-Lectura-Critica-de-la-Literatura-Medica-Alicante-CASPe-2010-Cuaderno-III-p3-8.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Teresa-Gonzalez-Gil/publication/337415510_Plantilla_para_ayudarte_a_entender_un_estudio_cualitativo_En_CASPe_Guias_CASPe_de_Lectura_Critica_de_la_Literatura_Medica_Alicante_CASPe_2010_Cuaderno_III_p3-8/links/5dd66b61a6fdcc2b1fa976ab/Plantilla-para-ayudarte-a-entender-un-estudio-cualitativo-En-CASPe-Guias-CASPe-de-Lectura-Critica-de-la-Literatura-Medica-Alicante-CASPe-2010-Cuaderno-III-p3-8.pdf)
131. Sánchez Ancha Y, González Mesa FJ, Molina Mérida O, Guil García M. Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Las casas [Internet]. 2011 [citado 28 Feb. 2020]; 7(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>
132. Morales Navarro D. Propuesta de protocolo para el manejo inicial del trauma maxilofacial grave [Tesis Doctoral]. La Habana. Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez”: UCMH; 2018 [citado 5 Mar 2020]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=623>
- dic. [citado 5 mar 2020]; 56(4):242-321. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232017000400001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000400001)
133. Ministerio de Salud Pública. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev. Cubana Méd [internet]. 2017 oct- dic. [Citado 5 mar 2020]; 56(4):242-321. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232017000400001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000400001)
134. Torres Samuel M, Vásquez Stanescu CL. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. Rev. Compendium [Internet]. 2015 jul- dic. [Citado 5 Mar 2020]; 35: 57-76. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/compendium/articulo/modelos-de-evaluacion-de-la-calidad-del-servicio-caracterizacion-y-analisis>

135. Armijos JC. Diseño e implementación de un modelo de indicadores de gestión para evaluar el desempeño de Hospitales Públicos [Tesis en Internet]. Chile: Universidad de Chile; 2017[citado 20 Dic. 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/149734>
136. Parrado FA, Abello V, Villamizar L. Implementación de un protocolo de seguridad en la administración de quimioterapia En el servicio de hematología de un hospital de cuarto nivel .Acta Médica Colombiana [Internet]. 2017[citado 20 Dic. 2020]; 42 (2):112-20. Disponible en:[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-24482017000200112&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-24482017000200112&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
137. Barajas Galindo DE, Vidal Casariego A, Sierra Vega M, Pintor de la Maza B, Fernández Martínez P, Cano Rodríguez I, Ballesteros Pomar MD. Evaluación de la aplicación en práctica clínica de un protocolo de manejo de la hiperglucemia secundaria aglucocorticoides en pacientes no diabéticos. Rev. Argent Endocrinol Metab [Internet]. 2020[citado 20 Dic. 2020]; 57 (1):21-30. Disponible en:[www.raem.org.ar/numeros/2020-vol57/numero-01/raem-57-1-21-30.pdf](http://www.raem.org.ar/numeros/2020-vol57/numero-01/raem-57-1-21-30.pdf)
138. Donet Orrego LM. Evaluación de indicadores de salud en servicios odontológicos según nivel de atención de la Red Desconcentrada Sabogal EsSalud, entre los años 2014 al 2017[Tesis en Internet].Lima-Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2018[citado 20 Dic. 2020]. Disponible en:[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/26882/Donet\\_OLM.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/26882/Donet_OLM.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
139. Mursuli Sosa M, Rodríguez Rodríguez J, Domínguez Valdivia L, Pérez García atención estomatológica general integral. Sancti Spíritus. 2018. Gac méd espirit [Internet].2018 Ago. [Citado 20 Dic. 2020]; 20 (2):12-27. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212018000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212018000200012&lng=es).
140. Zurbano Cobas A, Suarez Garit A, Castillo Bermúdez G, Herrera Gómez M, Portal García Y, Berrio Monsón A. Instrumento para evaluar indicadores de proceso en los servicios de prótesis. Medicentro [Internet]. 2020[citado 20 Ene

- 2021]; 24(3): [aprox 28 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3022/2579>
141. Mursuli Sosa M, Rodríguez Rodríguez J, Domínguez Valdivia L, Pérez García MA, Puga López CA, González Forte B, Cañizares Obregón J. Evaluación de la calidad de la atención estomatológica de dos servicios de Estomatología General Integral. Sancti Spíritus. 2018. Gacet Méd Spírit [Internet]. 2018 Ago. [citado 20 Dic. 2020]; 20(2):12-27. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212018000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212018000200012&lng=es).
142. Hernández-Leonard AR. Evaluación de la satisfacción con el servicio de capacitación del INIMET. Boletín Científico Técnico INIMET [Internet]. 2013 Ene-Jun. [citado 20 Dic. 2020]; 1:18-27. Disponible en: [www.redalyc.org/pdf](http://www.redalyc.org/pdf)
143. Castiñeira Pérez C, Rico Iturrioz R. Cómo evaluar una guía de práctica clínica. Guías Clínicas [Internet]. 2007 [citado 20 Dic. 2020]; 7 (1- 4):1-13. Disponible en: [www.sld.cu/sitios/como\\_evaluar\\_una\\_guia\\_de\\_practica\\_clinica](http://www.sld.cu/sitios/como_evaluar_una_guia_de_practica_clinica)
144. Blasco JA, Andradas E. Evaluación crítica de guías de práctica clínica. El instrumento AGREE II abril 2010. Desarrollo profesional [Internet]. 2016 Feb. [Citado 20 Dic. 2020]; 72-76. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/295869574>.
145. Fors López MM. Guía de Práctica Clínica para el manejo de episodios depresivos y trastornos depresivos recurrentes pacientes entre 18 y 64 años. Cuba [Tesis doctoral]. La Habana: Centro Nac Coord Ensayos Clínicos; 2001 [citado 20 Dic. 2020]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=403>
146. Forero Jacob ME, Valladares Pérez S. Protocolo para la atención clínica odontológica de pacientes hipertensos [Tesis en Internet]. Santiago de Chile: Universidad del desarrollo; 2013 [citado 2 Mar 2019]. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1844/Protocolo%20para%20alumnos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
147. Taboada Pico CM. Protocolos de atención dental en pacientes con diabetes mellitus. [Tesis en Internet]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los

- Andes; 2010. [Citado 2 Mar 2019]. Disponible en:  
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/174/1/TUAODONT007-2010.pdf>
148. Castro Carreño CJ. Protocolo del Manejo Odontológico de Pacientes con Hepatopatías. [Tesis en Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014 [citado 13 Mayo 2020]. Disponible en:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5777/1/CASTROcinthia.pdf>
149. Vallejo Mera VH. Protocolo Quirúrgico aplicado a pacientes Diabéticos en la Clínica de Cirugía Bucal en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil. [Tesis en internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil Facultad Piloto de Odontología; 2015 [citado 2 mar 2020]. Disponible en:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18681/1/VALLEJOvictor.pdf>
150. Duarte Gonzales JR. Manejo quirúrgico de pacientes con enfermedades sistémicas. [Tesis en Internet]. Lima-Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017 [citado 2 mar 2020].  
Disponible en:  
<http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1555/TRAB.SUF.PROF.%20DUARTE%20GONZALES%2c%20JUAN%20RODRIGO.pdf?>
151. Rodríguez García LP. Manejo odontológico en pacientes con enfermedades Cardiovasculares [Tesis en Internet]. Lima – Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017 [citado 2 mar 2020]. Disponible en:  
<http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2071/TRABAJO%20ACADEMICO.RODRIGUEZ%20GARCIA%20LIZETH%20.pdf?>
152. Gavilanes Torres SA. Manejo Clínico Estomatológico en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. [Tesis Doctoral]. México: Universidad de Guayaquil; 2016 [citado 08 Mar 2020]. Disponible en:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/18827>
153. Rodríguez García LP. Manejo odontológico en pacientes con enfermedades cardiovasculares [Tesis en Internet]. Lima-Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017 [citado 2 mar 2020]. Disponible en:  
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2071>

154. Moreno Rojas S. Guía de práctica clínica en salud oral paciente con compromiso sistémico [Internet]. Bogotá: Secretaria Distrital de salud; 2010[citado 2 mar 2020]. Disponible en: <https://docplayer.es/2611469-Guia-de-practica-clinica-en-salud-oral-paciente-con-compromiso-sistemico.html>
155. Bembride Taboada R, Alonso Falcón D, Jova Dueñas JH, Pérez Ramos T. Guías de práctica clínica para las enfermedades cerebrovasculares. Medisur [Internet]. 2009[citado 2 mar 2020]; 7(1). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/706/863>
156. Álvarez Razo SA, Prevalencia de enfermedades sistémicas en los pacientes sometidos a extracciones simples en la clínica de cirugía de la facultad de odontología, estudio retrospectivo [Tesis en Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2017[citado 20 Oct 2019]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10424/1/T-UCE-0015-631.pdf>
157. Lessa Fon B, Franco Castello Branco ML, Lima Brito S, Vasconcelos Lima AL, Trindade Filho EM, Pachêco de Oliveira A. Atendimento odontológico em paciente portador de coagulopatía congênita: Relato de caso. Rev. ACBO [Internet]. 2018[citado 2 mar 2020]; 27(1):1-8 Disponible en: <http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/343/444>.
158. Engracia Santana DL. “Manifestaciones bucodentales en pacientes con Diabetes Mellitus” [Tesis en Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2018 [citado 2 mar 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33714/1/2619ENGRACIAdaniela.pdf>
159. Villanueva J, Vergara D, Núñez L, Zamorano G, Zapata S, Salazar J; et al. Riesgo de hemorragia postquirúrgica en pacientes bajo tratamiento antitrombótico sometidos a cirugía oral: Revisión Sistemática y Meta análisis. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2018[citado 20 Dic 2020]; 11 (2):121-27. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-01072018000200121](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072018000200121)



160. Roca Alarcón CJ. Diagnósticos que indican extracción dental en pacientes anticoagulados del Hospital y Crs El Pino, San Bernardo, Chile, 2014. [Tesis internet]. Santiago-Chile: Universidad Andrés Bello Facultad de Odontología; 2014 [citado 2 mar 2020]. Disponible en:[http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/1878/Roca\\_%20Diagn%C3%B3sticos%20que%20indican%20extracci%C3%B3n%20dental%20en%20pacientes\\_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=](http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/1878/Roca_%20Diagn%C3%B3sticos%20que%20indican%20extracci%C3%B3n%20dental%20en%20pacientes_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=)
161. Rubio-Alonso LJ, Martínez-Rodríguez N, Cáceres-Madroño E, Fernández-Cáliz F, Martínez-González J.M. Protocolos de actuación con la exodoncia en pacientes geriátricos antiagregados y anticoagulados. AvOdontoestomatol [Internet]. 2015 may-jun [citado 2 mar 2020]; 31(3):203-213. Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-2852015000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-2852015000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
162. Hernández Chisholm D, González Méndez BM, Méndez Pérez Y, Arbelo Figueredo MC, Estévez Perera A, Porro Novo J. Protocolo de actuación en rehabilitación cardiovascular para pacientes con enfermedad coronaria aguda. Rev. Cub de Méd Física y Rehab [Internet]. 2018 [citado 24Oct 2020]; 10(1): 1-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2018/cfr181a.pdf>
163. Borrayo-Sánchez G, Pérez-Rodríguez G, Martínez-Montañez OG, Almeida-Gutiérrez E, Ramírez-Arias E, Estrada-Gallegos J; et al. Protocolo para atención de infarto agudo de miocardio en urgencias: Código infarto .Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet].2017 [citado 24Oct 2020]; 55(2):233-46. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71941>
164. Valladares Carvajal F De J, Ravelo Coma YC, Avilés L de la C, González MI. Adherencia a la guía de práctica clínica en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST y su relación con variables demográficas y clínicas. Rev. Finlay [Internet]. 2020 [citado 24 Oct. 2020]; 10 (2): 142-50. Disponible en:<http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/757>

165. Rodríguez Natividad ME, Tuano Condori DJ. Caracterización de interacciones medicamentosas en pacientes hospitalizados con patologías cardiovasculares del “Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud”, Periodo Julio - Noviembre Del 2017[Tesis en Internet]. Lima-Perú: Universidad Norbert Wiener; 2018[citado 24 Oct. 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2080>
166. Quiroz Fernández M. Manejo de antibióticos en pacientes alérgicos a los betalactámicos [Tesis en Internet]. Lima – Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017[citado 24 Oct. 2020]. Disponible en: <http://168.121.45.184/handle/20.500.11818/2437>
167. Zavaleta Vargas JL. Efectos adversos de los fármacos en Odontología. [Tesis en Internet]. Lima-Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017[citado 24 Oct. 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1416>
168. Chacón Hernández E. Asociaciones Antibióticas Usos E Indicaciones En Odontología [Tesis en Internet]. Lima -Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017[citado 24 Oct. 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1335>
169. Idrovo Íñiguez P, Gutiérrez Pulla K, Castillo Ajila G, Ordoñez Honores A. Antibióticos Indicados en Odontología. Revista OACTIVA UC Cuenca [Internet]. 2019[citado 24 Oct. 2020]; 4(Esp):63-68. Disponible en: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/409/554>
170. Comité De Infecciones Asociadas A La Atención De Salud. Manual De Profilaxis Antimicrobiana Pre-Operatoria [Internet]. Panamá: HOSPITAL DEL NIÑO; 2017[citado 24 Oct. 2020]. Disponible en: <https://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwichtLR9NftAhWLxFkKHRmdBYwQFjAAegQIA>  
[RAC&url=https%3A%2F%2Fhn.sld.pa%2Fdescargar-](https://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwichtLR9NftAhWLxFkKHRmdBYwQFjAAegQIA)  
[archivo%2F8253&usg=AOvVaw3u\\_pgamXUWC-gWNODU9mvy](https://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwichtLR9NftAhWLxFkKHRmdBYwQFjAAegQIA)

171. Gosgot Yoplac J. Anestésicos Locales En Estomatología [Tesis en Internet]. Lima – Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017[citado 24 Oct. 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1343>
172. Alcolea Rodríguez JR, León Aragoneses Z, Pérez Cabrera DL. Manual para la confección de la Historia clínica en la atención primaria de salud en Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2015.
173. Bastarrechea Milián M de las M, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D, Raimundo Padrón E. Registro de datos sobre riesgo quirúrgico en historias clínicas de Estomatología Integral. Revista Cubana de Estomatología. "Próxima publicación"
174. Castillo CHP. Seguridad del paciente en los servicios de estomatología. Revista ADM [Internet]. 2016[citado 24 Oct. 2020]; 73 (3): 155-162. Disponible en: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
175. Medina Valera NK. Nivel de conocimientos sobre atención odontológica en pacientes sistémicamente comprometidos en estudiantes de estomatología de la universidad nacional de Trujillo, 2017[Internet]. Lima-Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2017 [citado 24 Oct. 2020]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/10676>
176. Borrález Segura BA, Díaz Rivera MC, Ramírez Isaza CE. Fundamentos de Cirugía General [internet]. Pereira-Colombia: Universidad Tecnológica de Pereira; 2020 [citado 2 mar 2021]. Disponible en: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/handle/11059/11408>
177. Hernández Montero R, Pozos-Guillén A, Chavarría-Bolaños D. Conocimiento de protocolos de terapia antibiótica por estudiantes de Odontología de universidades costarricenses. Odovtos Int J Dent [Internet]. 2018 [citado 24 Oct. 2020]; 20 (3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82196>
178. Guevara Callire LY, Falcón Guerrero BE. Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de pacientes gestantes en estudiantes de estomatología Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/326020394\\_NIVEL\\_DE\\_CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES GESTANTES EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGIA DE PRE CLINICA Y CLINICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL TACNA 2015](https://www.researchgate.net/publication/326020394_NIVEL_DE_CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES GESTANTES EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGIA DE PRE CLINICA Y CLINICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL TACNA 2015)

179. Bastarrechea Milián M de las M. Características de la atención estomatológica integral recibida por el paciente de riesgo quirúrgico. En: Congreso Internacional Estomatología 2020[Internet]. 2020 Nov. 1-30[citado 20 Ene 2021]; La Habana, Cuba. Disponible en: <http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/433/274>
180. Paltas Miranda ME, Salazar Gómez CE. Prevalencia de enfermedades sistémicas en la clínica integral de la facultad de odontología de la universidad central del ecuador período octubre 2016 febrero 2017 [Tesis en Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2017 [citado 5 Abr. 2020]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13299/1/T-UCE-0015-811.pdf>
181. Rebolledo Cobos ML, Bermeo Serrato S. El paciente hemofílico: consideraciones clínicas y moleculares de importancia para el odontólogo. Rev. Cubana de Estomatología [Internet]. 2019[citado 08 Mar 2020];56( 3):1904. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-75072019000300014&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072019000300014&lng=es&nrm=iso)
182. Silvestre Rangil J, Silvestre FJ, Espín Gálvez F. Hospital dental practice in special patients. [Med Oral Patol Oral Cir Bucal](#) [Internet]. 2014 Mar [Citado 2 mar 2018]; 19(2): 163–169. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4015050/>
183. López Fernández R, Avello Martínez R, Palmero Urquiza DE, Sánchez Gálvez S, Quintana Álvarez M. Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2019[citado 22 mar 2020]; 48(2):441-50. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/390/352>
- para el tratamiento quirúrgico del hematoma intracerebral espontáneo Archivos

de Htal Univers Calixto García [Internet]. 2020 [citado 5 Abr. 2020]; 8 (1) [aprox 20 p.]. Disponible en:

<http://www.revcaxltxto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/457/411>

184. Sánchez Padín ME, Verdial Vidal R, Ramírez DM, Barbosa Pastor A, Manfugás González G, Domínguez Torres A. Protocolo de actuación médica para el tratamiento quirúrgico del hematoma intracerebral espontáneo. Arch. Hosp. Univ. "Gen. Calixto García" [Internet]. 2020 [citado 3 Jul 2021];, 8(1):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revcaxltxto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/457>
185. Treviño Elizondo R, Rodríguez Sepúlveda AG, Vilchis Rodríguez SA. Protocolo de recubrimiento pulpar directo. Rev. Méx Estomatol [Internet]. 2016 [citado 24 Oct. 2020]; 3(2): [aprox 5 p.]. Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/94/178>
186. Figueroa Ahumada E, Raby Olavarría I. Protocolo Clínico para Control de Prótesis Fija Total con Carga Inmediata. Int J Odontostomat [Internet]. 2018 Sept [citado 24 Oct 2019]; 12(3):296-303. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2018000300296&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2018000300296&lng=es)
187. Morales Navarro D, Vila Morales D, Rodríguez Soto A. Evaluación de protocolos para la atención inicial del trauma maxilofacial grave. Rev. Cubana Estomatol. [Internet]. 2018 [citado 11 Mayo 2020]; 55 (2):1-14. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/pdf/est/v55n2/a02\\_1110.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/est/v55n2/a02_1110.pdf)
188. Morales Contreras MF, Bilbao Calabuig P, Meneses Falcón C. La entrevista en profundidad como metodología en la Gestión Sostenible de la Cadena de Suministro .Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales [Internet]. 2016 [citado 20 Dic. 2020]; 3:1-10. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/17114/942-3717-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
189. Zacarías Ortiz E. La entrevista en profundidad en los procesos de investigación social. La Universidad [Internet]. 2016 [citado 20 Dic. 2020]; 8. Disponible en: <http://revistas.ues.edu.sv/index.php/launiversidad/article/view/125/>
190. Vásquez N, Urrejola P, Vogel M. Actualizaciones en el manejo

intrahospitalario de la anorexia nerviosa: recomendaciones prácticas. Rev.med. chile [Internet].2017 May [citado 20 Dic. 2020]; 145 (5):650-56 .Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872017000500013&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000500013&lng=es).

191. Trujillo Martínez AI. Análisis, selección y adecuación de las guías clínicas de insuficiencia cardiaca en el servicio de cardiología de un hospital de segundo nivel. [Tesis internet]. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2020 [citado 2 mar 2021]. Disponible en: <https://ninive.uaslp.mx/xmlui/handle/i/5828>
192. Reis ErikaCardoso dos, Passos Sonia Regina Lambert, Borges dos Santos MA. Quality assessment of clinical guidelines for the treatment of obesity in adults: application of the AGREE II instrument.Cad Saúde Pública [internet]. 2018 jun. [Citado 2 mar 2020]; 34(6). Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000605010](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605010)
193. Zarco Villavicencio A, Cardoso Gómez MA, Sánchez Ruiz JG, Arellano Cobián JF. Construcción y validación por juicio de expertos de un instrumento para medir atribuciones causales de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Revista salud pública y nutrición [Internet]. 2017 [citado 20 Dic. 2020]; 16(2): 35-44. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75572>
194. Padilla Hernández AL, Gámiz Sánchez VA, Romero López. Validación del contenido de un guion de entrevista sobre la competencia digital docente en Educación Superior. RISTI [Internet]. 2019 [citado 20 Dic. 2020]; 32:1-16. Disponible en: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-98952019000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-98952019000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
195. Galicia Alarcón LA, Balderrama Trápaga JA, Navarro RE. Validez de contenido por juicios de expertos: propuesta de una herramienta virtual. Apertura [Internet]. 2017 [citado 20 Dic. 2020]; 9 (2):42-53. Disponible en:<http://www.udgvirtual.udg.mx/apertura/index.php/apertura/article/view/993/>

196. Ojeda González JJ. Elementos predictores en la evaluación del riesgo anestésico por el anestesiólogo. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación [internet]. 2013 [citado 2 mar 2020]; 13(2). Disponible en: <http://www.revanestesia.sld.cu/index.php/anestRean/article/view/435/394>
197. Ruíz Abascal R, Albarrán Juan E, Morillas Sendín P, Lumbreras Marín EM. Aspectos médicos legales de la consulta de anestesia. Revista de la Escuela de Medicina Legal [internet]. 2009 oct. [citado 2 mar 2020]; (12):4-27. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3949402>
198. Guerrero Morales L, Proenza Ventura RW, Hernández González A. Ladov Neutrosifico para medir la satisfacción de los docentes con la aplicación del Solver de excel en la programación lineal. NCML [Internet]. 2019 [citado 20 Ene 2020]; 5: 1-12. Disponible en: <http://fs.unm.edu/NCML/ladovNeutrosificoParaMedir.pdf164>
199. Campos Charri FM, Díaz Galindo MJ, Gil Lizcano FG, Mendoza Castro M, González-Bernal MA. Evaluación de guías de manejo para pacientes con labio y/o paladar hendido. Rev. Cubana Estomatol [internet]. 2019 [citado 2 mar 2020]; 56(3):1-14. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1863/1603>
200. Flórez Gómez ID, Montoya DC. Las guías de práctica clínica y el instrumento AGREE II. Rev. Colomb Psiquiatr [Internet]. 2011 [citado 25 Mar 2020]; 40(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622315014>
201. MINISTERIO DE SALUD. GUÍA CLÍNICA Salud Oral Integral para Menores de 20 años en Situación de Discapacidad que Requieren Cuidados Especiales en Odontología. [Internet]. Santiago: Minsal; 2012 [citado 2 mar 2020]. Disponible en: [https://www.google.com.cu/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=http://web.minsal.cl/portal/url/item/dc49f68e22ca1764e04001016401282c.pdf&ved=2ahUKEwjj8aPWtabwAhUxTTABHSVTCd0QFjAAegQICRAB&usg=AOvVaw3kaSD\\_Qj7ya4I4NDnz7GmN](https://www.google.com.cu/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=http://web.minsal.cl/portal/url/item/dc49f68e22ca1764e04001016401282c.pdf&ved=2ahUKEwjj8aPWtabwAhUxTTABHSVTCd0QFjAAegQICRAB&usg=AOvVaw3kaSD_Qj7ya4I4NDnz7GmN)
202. Birken SA, Ellis SD, Walker JS, DiMartino LD, Check DK, Gerstel AA, et al. Guidelines for the use of survivorship care plans: a systematic quality appraisal

using the AGREE II instrument. Implement Sci [internet]. 2015 may [citado 2 mar 2019]; 10:63. Disponible en: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0254-9>

203. Maqueda J, Buendía MJ, Gallego I, Muñoz C, Roel JM. Estudio de evaluación del protocolo de vigilancia sanitaria específica del asma laboral mediante el instrumento AGREE. Med Segur Trab [internet]. 2006 [citado 2 mar 2020]; 52(205):13-21. Disponible <https://repisalud.isciii.es/handle/20.500.12105/11553>



# **ANEXOS**

**Anexo 1.** Consulta a especialistas y expertos

**Objetivo:** Determinar el coeficiente de competencia de los expertos seleccionados sobre el tema de investigación, a los efectos de reforzar la validez del resultado del mismo.

Estimado Doctor (a): por su experiencia como especialista, necesitamos su contribución para la elaboración del “Protocolo para la atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico”, que tiene como objetivo disminuir la variabilidad en la práctica clínica a este tipo de paciente y lograr una mejor organización y calidad de la atención.

Por favor, llene la siguiente información.

Nombre (s) y Apellidos \_\_\_\_\_

Grado de la especialidad \_\_\_\_\_

Categoría científica \_\_\_\_\_

Categoría docente \_\_\_\_\_

Categoría investigativa \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Años de experiencia en el tratamiento a pacientes con riesgo quirúrgico \_\_\_\_\_

1. En la tabla que aparece a continuación se le propone una escala del 1 al 10, que va en orden ascendente. Marque en la casilla que considere se corresponde con el grado de conocimiento que posee sobre el tema: atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Marque con una cruz las fuentes de argumentación que Usted considera han influido en su conocimiento sobre el tema, en un grado alto, medio o bajo.

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios		
	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados			
Experiencia como profesional			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Sus propios conocimientos sobre el estado del problema de investigación			
Su intuición			

Muchas gracias por su colaboración.

**Anexo 2.** Tabla patrón para calcular el coeficiente de argumentación

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios		
	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados	0,3	0,2	0,1
Experiencia como profesional	0,5	0,4	0,2
Trabajos de autores nacionales	0,05	0,05	0,05
Trabajos de autores extranjeros	0,05	0,05	0,05
Sus propios conocimientos sobre el estado del problema de investigación	0,05	0,05	0,05
Su intuición	0,05	0,05	0,05

**Anexo 3.** Valoración de la propuesta de “Clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica”.

Estimado Dr. (a):

Por su elevada preparación y experiencia, Ud. ha sido seleccionado para valorar la “Clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica”.

Indicaciones:

A continuación, le presentamos una tabla con los aspectos que se desean consultar. A la derecha aparece la escala para marcar con una cruz (X) la categoría: uno (no adecuado), dos (poco adecuado), tres (adecuado), cuatro (bastante adecuado) y cinco (muy adecuado) según considere cada uno de los criterios.

Le agradecemos anticipadamente el esfuerzo que sabemos hará para responder, con la mayor fidelidad posible a su manera de pensar la presente encuesta.

No	Criterios	Categorías				
		1	2	3	4	5
01	Estructura					
02	Pertinencia					
03	Valor científico					

Si considera que a la propuesta anterior se le debe agregar o eliminar otro (s) criterio (s), señale los mismos:

---

Otras sugerencias:

---

Muchas gracias por su colaboración.

**Anexo 4** Planilla de recolección de datos de las historias clínicas

**Objetivo:** Obtener información acerca de la consignación en la HC de datos referentes a enfermedades sistémicas y adherencia a tratamientos farmacológicos

Edad \_\_\_\_\_ Sexo F \_\_\_ M \_\_\_

No. HC: \_\_\_\_\_

- 1- Antecedentes patológicos personales (uno o más) \_\_\_\_\_
- 2- Uso de medicamentos.(uno o más)\_\_\_\_\_
- 3- Enfermedad estomatológica. (una o más)\_\_\_\_\_
- 4- Tratamientos quirúrgicos realizados.(exo)Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
- 5- Tratamientos quirúrgicos por hacer. (exo) Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
- 6- Evolución: valorar comentario en la evolución sobre la enfermedad sistémica cuando se hizo la exodoncia o algún otro proceder. Ej. Si el paciente estaba compensado, alguna indicación previa como antibióticos, toma de la tensión arterial.  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 7- Examen físico: coloración de la cara, pigmentaciones, halitosis, si el paciente es obeso o de extrema delgadez, postura, marcha (característica como el enfermo de párkinson), dificultad respiratoria.  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 8- Otros tratamientos estomatológicos (según los reflejados en el dentigrama o evolución)

Ejemplo:

HC	1	2	3	4		5		6		7		8
				Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
No.	Diabetes	Insulina	Caries Gingivitis	x			x		x		x	TPR

## Anexo 5. Guía de observación

**Objetivo:** Obtener información a través de observación concurrente acerca del desempeño del estomatólogo ante un paciente de riesgo quirúrgico.

**1- ¿Se interroga para profundizar sobre enfermedad sistémica?** (ha estado ingresado por su enfermedad de base, ha tenido crisis en últimas semanas, ha tenido algún problema respecto a su enfermedad y el tratamiento estomatológico)

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

**2- ¿Se interroga sobre medicamentos usados para la enfermedad sistémica?** (Si se pregunta o no, si se pregunta frecuencia de dosificación).

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

**3- Cuando se remite el paciente al médico especialista o médico de la familia se le explica por qué al paciente.** (En caso de remisión del paciente al médico especialista o médico de la familia, le explican al paciente el porqué de la remisión ¿Le aportan algún documento o modelo para el médico al que se remite?

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

**4- ¿Se mide la tensión arterial antes de tratamiento quirúrgico?** En caso de atención al paciente fundamentalmente exodoncia y siendo necesario dado la enfermedad: Si se toma tensión arterial antes de tratamiento quirúrgico en los pacientes que lo requieran.

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

**5- ¿Se indican o analizan complementarios?** En caso de atención al paciente fundamentalmente exodoncia y siendo necesario dado la enfermedad: si pregunta por resultados de complementarios recientes.

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

## **Anexo 6.** Guía de entrevista para el desarrollo de la discusión de grupo

**Objetivo:** Obtener información a través de las opiniones de los estomatólogos seleccionados para desarrollar la técnica de discusión de grupo acerca de la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico.

### **Guía de preguntas**

1. ¿Considera que el estomatólogo está preparado para la atención al paciente de riesgo quirúrgico?
2. ¿Considera que son bien identificados los pacientes de riesgo quirúrgico?
3. ¿Existe unificación de criterios en la atención al paciente de riesgo quirúrgico?
4. ¿Considera que existen criterios para determinar cuando un paciente está compensado o no?

## Anexo 7. Encuesta a pacientes

**Objetivo:** Obtener información relacionada con la opinión de los pacientes acerca de la atención estomatológica recibida.

### Estimado paciente:

En la Facultad de Estomatología de La Habana, se está desarrollando una investigación que propone un protocolo para la atención estomatológica integral al paciente con riesgo quirúrgico es por ello que estamos solicitando su colaboración en este estudio. Le informamos que el procesamiento de las respuestas garantiza la confidencialidad de sus opiniones.

Enfermedad/es de riesgo quirúrgico. (Enfermedades sistémicas o de base identificadas en los pacientes entrevistados). \_\_\_\_\_

1- ¿Le preguntan sobre su enfermedad de base? (si el estomatólogo preguntaba si estaba compensado, si había tenido alguna complicación recientemente, el tiempo de evolución de la enfermedad, tratamiento para la enfermedad que no sea medicamentoso).

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2- ¿Le preguntan sobre medicamentos que usa para su enfermedad de base? (si el estomatólogo preguntaba sobre medicamentos usados para su enfermedad de base).

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3- ¿Le realizan algún examen o indicación previamente al tratamiento estomatológico, sobre todo cuando le hacen extracciones? Dependiendo de la enfermedad: toma de tensión arterial, algún complementario, dieta a seguir, llevar aparato de asma, algún sedante, alguna recomendación.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4- ¿Lo remiten a su médico de base o de familia antes del tratamiento estomatológico? (en el caso de exodoncias, tartrectomías).

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ en caso afirmativo, ¿le aportan algún documento o modelo?

5- ¿Le indican algún cuidado especial que deba tener? (si ha notado diferencia de otro paciente que no padece su enfermedad, previo, durante o después del tratamiento estomatológico, tipo de dieta, orientación de higiene, alguna precaución etc.).

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6- ¿A qué hora lo cita el estomatólogo generalmente? (mañana, tarde, cualquier hora, nunca lo citan)



**Anexo 8.** Test de Moriyama aplicado al cuestionario aplicado a pacientes

**Objetivo:** Presentar los resultados de la aplicación del Test de Moriyama

**Contribución absoluta y relativa de la categoría de “mucho”, por cada ítem y criterio de Moriyama**

Item	Razonable		Comprensible		Sensible a Variaciones		Suposiciones básicas justificables		Componentes claramente definidos		Derivado de datos factibles de obtener	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1.	9	100	9	100	9	100	9	100	8	88,8	9	100
2.	9	100	9	100	9	100	9	100	8	88,8	9	100
3.	9	100	9	100	9	100	9	100	8	88,8	9	100
4.	9	100	5	55,5	8	88,8	9	100	9	100	8	88,8
5.	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100
6.	9	100	6	66,6	9	100	9	100	9	100	9	100

## **Anexo 9.** Guía de entrevista

**Objetivo:** Obtener información para la definición del contenido del Protocolo de atención estomatológica integral al paciente con riesgo quirúrgico.

Se tomaron en cuenta criterios de los especialistas en cuanto las siguientes preguntas:

- 1- ¿Cómo identificar los pacientes de riesgo quirúrgico?
- 2- ¿Cuáles son los aspectos de la anamnesis que deben ser tenidos en cuenta?
- 3- ¿Qué elementos del examen físico deben ser explorados?
- 4- ¿Qué exámenes complementarios debemos tener en cuenta?
- 5- ¿Cómo valorar el riesgo?
- 6- ¿Cómo dar solución a un problema estomatológico de urgencia en un paciente de riesgo?
- 7- ¿Cuándo realizar el tratamiento definitivo y en qué consiste?
- 8- ¿Qué modificación de tratamiento se debe realizar?
- 9- ¿Qué medios auxiliares de diagnóstico deben emplearse?
- 10- ¿Qué tratamiento farmacológico indicar para tratar afecciones estomatológicas sin crear interacciones con el tratamiento para la enfermedad de base?

**Anexo 10.** Criterios utilizados para determinar el nivel de la evidencia y el grado de recomendación.

**Objetivo:** Presentar los criterios utilizados en la investigación para determinar el nivel de evidencia y el grado de recomendación de artículos científicos revisados para incluirlos en el protocolo propuesto.

### Clases de recomendación

<b>Clases de recomendación</b>	<b>Definición</b>	<b>Expresiones propuestas</b>
<b>Clase I</b>	Evidencia y/o acuerdo general en que un determinado procedimiento diagnóstico/tratamiento es beneficioso, útil y efectivo	Se recomienda/está indicado
<b>Clase II</b> Evidencia conflictiva o de divergencia de opinión acerca de la utilidad/eficacia del tratamiento		
<b>Clase II a</b>	El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad/eficacia	Se debe considerar
<b>Clase II b</b>	La utilidad/eficacia está menos establecida por la evidencia/opinión	Se puede recomendar
<b>Clase III</b>	Evidencia o acuerdo general en que el tratamiento no es útil/efectivo y en algunos casos puede ser perjudicial	No se recomienda

### Niveles de evidencia

<b>Nivel de evidencia A</b>	Datos procedentes de múltiples ensayos clínicos aleatorizados o metaanálisis
<b>Nivel de evidencia B</b>	Datos procedentes de un único ensayo clínico aleatorizado o de grandes estudios no aleatorizados
<b>Nivel de evidencia C</b>	Consenso de opinión de expertos o pequeños estudios, estudios retrospectivos, registros

**Anexo 11.** Cuestionario para la valoración de la pertinencia científica y contenido del Protocolo

**Objetivo:** Valorar el protocolo por los expertos seleccionados

Estimado Dr. (a):

Por su elevada preparación y experiencia, Ud. ha sido seleccionado para valorar el “Protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico”.

Indicaciones:

A continuación, le presentamos una tabla con los aspectos que se desean consultar. A la derecha aparece la escala para marcar con una cruz (X) la categoría: uno (no adecuado), dos (poco adecuado), tres (adecuado), cuatro (bastante adecuado) y cinco (muy adecuado) según considere cada uno de los criterios.

Le agradecemos anticipadamente el esfuerzo que sabemos hará para responder, con la mayor fidelidad posible a su manera de pensar la presente encuesta.

No	Criterios	Categorías				
		1	2	3	4	5
01	Definición de objetivos					
02	Definición de autores e institución					
03	Definición de la población diana					
04	Grupo de trabajo que incluye a todas las especialidades					
05	Recursos necesarios					
06	Barreras potenciales en su aplicación					
07	Coherencia y secuencia lógica de diagnóstico en las fases de manejo al paciente de riesgo quirúrgico					
08	Coherencia y secuencia lógica de tratamiento en las fases de manejo al paciente de riesgo quirúrgico					
09	Pertinencia de los medios auxiliares de diagnóstico propuesto					
10	Algoritmo de actuación					
11	Criterios de revisión que permitan su monitorización y evaluación posterior					
12	Establecimiento de fecha y procedimiento de actualización					
13	Información a pacientes y familiares					
14	Relevancia científica y metodológica del protocolo.					
15	Referencias bibliográficas que sustentan el protocolo					
16	Relevancia especificaciones adicionales de la Historia Clínica.					

Si considera que a la propuesta anterior se le debe agregar o eliminar otro (s) criterio (s), señale los mismos:

Otras sugerencias:

Muchas gracias por su colaboración.

**Anexo 12.** Test de satisfacción de IADOV aplicado a los proveedores encuestados

**Objetivo:** Determinar la satisfacción grupal de los estomatólogos que aplicaron el protocolo

Estimado estomatólogo: al contestar esta encuesta podrá dar a conocer su nivel de satisfacción con el Protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico que se propone para mejorar la toma de decisiones racionales con criterios de prioridad en la actuación. Se espera su sinceridad y se le agradece su colaboración en esta investigación.

1. ¿Considera apropiado continuar realizando el tratamiento estomatológico a los pacientes de riesgo quirúrgico sin un protocolo de actuación?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No se \_\_\_\_

2. ¿Considera apropiada la estructura del protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No se \_\_\_\_

3. ¿Cuál es su opinión sobre los contenidos recogidos en el protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico?

\_\_\_ Me gusta mucho

\_\_\_ Me gusta más de lo que me disgusta

\_\_\_ Me da lo mismo

\_\_\_ Me disgusta más de lo que me gusta

\_\_\_ No me gusta nada

\_\_\_ No sé qué decir

4. Considera usted que se debe mejorar en algún aspecto protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico

### Anexo 13. Cuadro lógico de V. A ladov. Patrón

**Objetivo:** Mostrar el Cuadro lógico de VA ladov para determinar el Índice de Satisfacción Grupal

¿Cuál es su opinión sobre los contenidos recogidos en el protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico?	1. ¿Considera apropiado continuar realizando el tratamiento Estomatológico integral sin un protocolo de actuación?								
	No			No Sé			Sí		
	2. ¿Considera apropiada la estructura del protocolo atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico?								
	Sí	No Sé	No	Sí	No Sé	No	Sí	No Sé	No
Me gusta mucho	1	2	6	2	2	6	6	6	6
Me gusta más de lo que me disgusta	2	2	3	2	3	3	6	3	6
Me da lo mismo	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Me disgusta más de lo que me gusta	6	3	6	3	4	4	3	4	4
No me gusta nada	6	6	6	6	4	4	6	4	5
No sé qué decir	2	3	6	3	3	3	6	3	4

#### **Anexo14.** Estudio piloto. Programa del taller.

Titulo: Protocolo de atención estomatológico integral al paciente de riesgo quirúrgico.

Coordinador: Dra. Maribel de las Mercedes Bastarrechea Milián.

Objetivo: Capacitar a los residentes de EGI para validar en la práctica el protocolo de atención estomatológico integral al paciente de riesgo quirúrgico.

Duración: 4 horas

Contenidos:

- ✓ Exposición de los aspectos más relevantes del protocolo:
  - Modelo de registro de especificaciones adicionales
  - Aspectos clave para determinación del riesgo del paciente
  - Algoritmos de actuación
  - Nivel de evidencia y de recomendación de las actividades más relevantes del protocolo
  
- ✓ Indicadores (según modelo clásico de Donabedian)
  - Estructura
  - Proceso
  - Resultados

Método: expositivo oral y construcción colectiva

Medios: textos, modelos, bolígrafos, hojas

Justificación

La ausencia de documentos normativos para la atención a pacientes identificados con riesgo quirúrgico es causa de variabilidad en la atención estomatológica que se les brinda, al estar sujeta al juicio del facultativo que interpreta las necesidades del paciente en condiciones concretas. No se identifican datos importantes que permitan determinar el riesgo en estos pacientes para la toma de decisiones respecto al tratamiento estomatológico indicado, la información respecto al tratamiento no se precisa adecuadamente, todo lo cual complejiza la atención a estos pacientes. Al considerar la necesidad de disminuir la variabilidad de los procesos asistenciales mediante el desarrollo de manera uniforme y concertada de especificaciones técnicas, criterios, procesos y prácticas que disminuyan los riesgos, aumenten la seguridad en el tratamiento de los

pacientes de riesgo quirúrgico evitando iatrogenias, se diseñó un protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico el cual debe ser aplicado en la práctica a través de un estudio piloto que permita evaluar la factibilidad y viabilidad del mismo, probar los aspectos metodológicos y evitar la aparición de un defecto que sería nefasto en un estudio posterior.

Breve descripción:

Después de las requeridas presentaciones, se comienza el taller preguntando a los residentes consideraciones sobre la atención al paciente de riesgo quirúrgico. Posteriormente se explica el contenido del protocolo, seguidamente los indicadores y la manera de recolectar los datos. Se hace entrega a los estudiantes de:

- ✓ Modelo de datos de especificaciones adicionales a la historia clínica
- ✓ Instructivo para el llenado del mismo
- ✓ Algoritmos de actuación
- ✓ Modelo de recolección de datos

Se explica que la evaluación se realizara a través de la participación en el taller y la calidad del llenado del modelo de recolección de datos.

## Bibliografía

1. Armijos JC. Diseño e implementación de un modelo de indicadores de gestión para evaluar el desempeño de Hospitales Públicos [Tesis en Internet]. Chile: Universidad de Chile; 2017 [citado 20 Dic. 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/149734>
2. Parrado FA, Abello V, Villamizar L. Implementación de un protocolo de seguridad en la administración de quimioterapia En el servicio de hematología de un hospital de cuarto nivel .Acta Médica Colombiana [Internet]. 2017 [citado 20 Dic. 2020]; 42 (2):112-20. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-24482017000200112&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-24482017000200112&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
3. Barajas Galindo DE, Vidal Casariego A, Sierra Vega M, Pintor de la Maza B, Fernández Martínez P, Cano Rodríguez I, Ballesteros Pomar MD. Evaluación de la aplicación en práctica clínica de un protocolo de manejo de la hiperglucemia secundaria aglucocorticoides en pacientes no diabéticos. Rev. Argent Endocrinol Metab [Internet]. 2020 [citado 20 Dic. 2020]; 57 (1):21-30. Disponible en: [www.raem.org.ar/numeros/2020-vol57/numero-01/raem-57-1-21-30.pdf](http://www.raem.org.ar/numeros/2020-vol57/numero-01/raem-57-1-21-30.pdf)



4. Donet Orrego LM. Evaluación de indicadores de salud en servicios odontológicos según nivel de atención de la Red Desconcentrada Sabogal EsSalud, entre los años 2014 al 2017[Tesis en Internet].Lima-Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2018[citado 20 Dic. 2020]. Disponible en:[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/26882/Donet\\_OL\\_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/26882/Donet_OL_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
5. Mursuli Sosa M, Rodríguez Rodríguez J, Domínguez Valdivia L, Pérez García ME, Puga López CA, González Forte B; et al .Evaluación de la calidad de la atención estomatológica general integral. Sancti Spíritus. 2018. Gac méd espirit [Internet].2018 Ago. [Citado 20 Dic. 2020]; 20 (2):12-27. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212018000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212018000200012&lng=es)
6. Haro Samaniego FA. Protocolo quirúrgico en adultos sanos y sistémicamente comprometidos [Tesis en Internet]. Quito: Universidad de las Américas; 2015. Disponible en:<http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/3949/1/UDLA-EC- TOD-2015-39%28S%29.pdf>
7. Tebres J, Yépez F, Tovar J. Protocolo de atención para el tratamiento oral quirúrgico a pacientes con cardiopatías isquémicas revisión de la literatura. Acta Bioclin[Internet]. 2018 Ene/Jun. [Citado 2 mar 2018]; 8(15):237-47. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/9969/9896>
8. Madrid Las VM. Protocolo a seguir por el profesional y estudiante de odontología con pacientes que están condicionados sistémicamente y cuidados que deben tomarse en cuenta al momento de realizar un tratamiento con el fin de actualizar la ficha clínica del mismo. [Tesis en Internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2012 [citado 08 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/4882/1/T2511.pdf>
9. Duarte Gonzales JR. Manejo quirúrgico de pacientes con enfermedades sistémicas. [Tesis en Internet]. Lima-Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017 [citado 2 mar 2018]. Disponible en:<http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1555/TRAB.S UF.PROF.%20DUARTE%20GONZALES%2c%20JUAN%20RODRIGO.pdf?>

## **Anexo15. Instrumento AGREE II**

**Objetivo:** Evaluar el rigor metodológico del protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico.

### **Estimado doctor(a)**

A continuación, le presentamos los 23 ítems y seis dominios del instrumento AGREE II para evaluar el protocolo de atención estomatológica integral al paciente con riesgo quirúrgico.

Evalúe cada ítem con una escala del 1 al 4 marcando con una cruz en la casilla seleccionada según considere 1 muy de acuerdo (MA); 2 de acuerdo (DA); 3 en desacuerdo (ED) y 4 muy en desacuerdo (MD)

<b>DIMENSIONES</b>	<b>MA</b>	<b>DA</b>	<b>ED</b>	<b>MD</b>
<b>ALCANCE Y OBJETIVOS</b>				
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).				
2. El(los) aspecto(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).				
3. Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.				
<b>PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS</b>				
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.				
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.				
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.				
7. La guía ha sido probada entre los usuarios diana.				
<b>RIGOR EN LA ELABORACIÓN</b>				
8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.				
9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.				
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.				
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.				
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.				
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.				
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.				
<b>CLARIDAD DE LA PRESENTACIÓN</b>				

15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.				
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.				
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.				
18. La guía se apoya con herramientas para su aplicación.				
APLICABILIDAD				
19. Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones.				
20. Han sido considerados los costos potenciales de la aplicación de las recomendaciones.				
21. La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoria.				
INDEPENDENCIA EDITORIAL				
22. La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.				
23. Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.				

#### Evaluación global

¿Recomendaría este protocolo para su uso en la práctica?	
Muy recomendado	
Recomendado (con condiciones o modificaciones)	
No recomendado	
No se sabe	

**Anexo 16.** Solicitud de consentimiento para la revisión de documentos no publicados de las clínicas estomatológicas y servicios estomatológicos correspondientes a los municipios Cerro (Clínica Salvador Allende) y Centro Habana (servicios estomatológicos de los policlínicos Nguyen Van Troy, Joaquín Albarrán y la clínica estomatológica Sainz Casado) de la Provincia de La Habana.

**Atte. Departamento Estadísticas**

Por medio de la presente quien le escribe, Dra. Maribel Bastarrechea Milián con ID 66092627670 y registro profesional 45368, hago solicitud formal para se me autorice la revisión de un número de historias clínicas del departamento de Estomatología Integral con el motivo de la realización de la investigación “Protocolo para la Atención Estomatológica Integral a pacientes de riesgo quirúrgico” que se desarrolla con el objetivo de optar por el grado científico de Doctor en Ciencias Estomatológicas.

Atentamente,

Dra. Maribel Bastarrechea Milián

## **Anexo 17. Consentimiento informado. Información al paciente**

**Objetivo:** Obtener el consentimiento informado de los pacientes para participar en la investigación.

Estimado Sr. (Sra.),

En la Facultad de Estomatología de La Habana se desarrolla una con el objetivo de diseñar un Protocolo de Atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico. Se le proporcionará información y se le invitará a ser parte de ella. Este proceso se conoce como Consentimiento Informado por lo que podrá preguntar cualquier duda al respecto. Una vez que haya comprendido la Investigación y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este documento.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento, y de haber podido aclarar todas sus dudas, puede, si lo desea, firmar el acta de Consentimiento Informado de la investigación.

### **Acta de Consentimiento Informado**

A través de la presente, declaro y manifiesto, libre y espontáneamente y en consecuencia acepto que:

1. He leído y comprendido la información anteriormente entregada y que mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.
2. He sido informado /a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido.
3. Tengo conocimiento del procedimiento a realizar.
4. Conozco los beneficios de participar en la Investigación
5. El procedimiento no tiene riesgo alguno para mi salud.
6. Autorizo a usar mi caso para investigación protegiendo mi identidad

Doy mi consentimiento al investigador y al resto de colaboradores, a realizar el procedimiento diagnóstico pertinente.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Sección a llenar por el Investigador principal

Se ha explicado al Sr(a) \_\_\_\_\_ la naturaleza de la investigación, y los riesgos y beneficios que implica su participación. Se ha contestado a las preguntas y preguntado si tiene alguna duda. Acepto que conozco la normativa vigente proporcionada por el Comité Ético de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella.

Nombre del Investigador Principal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 18



### PROTOCOLO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL AL PACIENTE DE RIESGO QUIRÚRGICO

Fecha de elaboración: 2021

Fecha de revisión: 2023

LA HABANA, 2021

**Autores del protocolo**

Dra. Maribel de las Mercedes Bastarrechea Milián

Dra. Carmen Blanca Ciria González. EGI Instituto de Cirugía  
Cardiovascular

Dra. Dunia Castillo González. Especialista en Hematología

Dr. Manuel Emiliano Licea Puig. Especialista en  
Endocrinología

Dra. Betsy Llerena Ferrer. Especialista en Nefrología

Dra. Gilda Lucia García Heredia. EGI. INOR

Dr. Humberto Cívico Quintero. Especialista en Neumología

Dr. Felipe Piñol Jiménez. Especialista en Gastroenterología

Dra. Yaitet Callejas Turiño EGI. Hematología



## Índice

Introducción	1
Justificación del protocolo	2
Objetivos	3
Profesionales a quienes va dirigido el protocolo	3
Población diana	3
Proceso de elaboración	4
Conflicto de intereses	5
Fuente de financiamiento	5
Recursos necesarios	5
Equipo de trabajo para la atención Estomatológica Integral al Paciente de riesgo quirúrgico	6
Papel de los miembros del equipo	6
Medidas de bioseguridad a emplear por el personal de salud	7
Limitaciones posibles para la implementación del protocolo	7
Actividades o procedimientos clínicos (secuencia de actuación)	7
Evaluación primaria	7
Tratamiento	9
Evaluación secundaria	10
Modelo de remisión	10
Lesiones asociadas	10
Algoritmos de actuación	10
Aspectos legales y registros	31
Consentimiento informado	31
Información a pacientes y familiares	31
Proceso de implantación	31
Control de calidad y proceso de actualización	31
Recomendaciones	33
Glosario de términos y abreviaturas utilizadas	33
Referencias bibliográficas del protocolo	34
Grado de recomendación y nivel de evidencia	37
Anexos del protocolo	52

## **Introducción**

El paciente de riesgo quirúrgico es aquel que presenta un posible daño que lo amenaza al ser sometido a una intervención quirúrgica.<sup>1</sup> Este concepto incluye los pacientes que presentan generalmente enfermedades crónicas. En los momentos actuales muchos pacientes de este tipo acuden a las consultas estomatológicas, donde son atendidos en la atención primaria de salud, constituyendo un reto para el estomatólogo que debe conocer sobre su enfermedad de base para no causar daño sistémico a los mismos. Diversos estudios internacionales evidencian que estos pacientes son denominados de diferentes maneras siendo incluidos muy comúnmente como pacientes especiales.<sup>2-4</sup>

Es importante que el estomatólogo esté familiarizado con cada una de las enfermedades sistémicas que pueda presentar cada paciente, ya que una descompensación de las mismas obligaría a modificar el plan de tratamiento. La incapacidad de realizar estas modificaciones, pudiera provocar graves consecuencias, debido a la complejidad que conlleva algunos tratamientos estomatológicos. Por lo tanto, el profesional necesita adquirir conocimiento e instruirse en este manejo.<sup>5</sup>

Se ha descrito que la falta de seguridad durante la atención o prestación de los servicios de salud, es decir, la seguridad del paciente, es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de cualquier nivel de desarrollo y es definida como el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la calidad asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica.<sup>6</sup>

Actualmente, elevar la calidad asistencial es un objetivo prioritario de todos los sistemas de salud, de esta manera se garantiza la seguridad de los pacientes, lo que se ha convertido en una necesidad y en una línea estratégica fundamental en los planes y programas de salud. La importancia de la seguridad, considera que todos los procedimientos clínicos en todos los niveles se dirijan a asegurar su desarrollo con calidad sin complicaciones, ni fallos humanos. Este hecho es de especial importancia en el campo de la cirugía por la complejidad de todos los procedimientos y profesionales implicados en el proceso perioperatorio.<sup>7</sup>

Una herramienta que facilite la toma de decisiones terapéuticas por parte del personal de salud estomatológica sería un protocolo de tratamiento sustentado

bibliográficamente y fruto de una investigación documental, que con su presentación a las autoridades respectivas pueda ser puesto en práctica y de este modo convertirse en un elemento primordial que garantice un tratamiento correcto sin daños colaterales.<sup>8</sup>

### **Justificación del protocolo**

La atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico ha aumentado con la expectativa de vida, se plantea que el creciente envejecimiento de la población, producirá un aumento de pacientes con discapacidad y enfermedades crónicas, lo que implicará una mayor responsabilidad en el mantenimiento de la salud bucal de los mismos que se revierta favorablemente a nivel sistémico ya que la salud bucal es un componente esencial de la salud general pero además la atención a estos pacientes constituye un reto para los estomatólogos, sobre todo a nivel primario, por el conocimiento que deben tener que permita evaluar correctamente al paciente teniendo en cuenta los factores de riesgo que representan sus comorbilidades .<sup>5,9</sup>

Existen pacientes que pueden presentar enfermedades muy severas para ser tratados en la consulta estomatológica y deben ser referidos a un hospital, algunas veces se puede empezar el tratamiento o resolver la urgencia previamente, otros se pueden presentar con enfermedades donde el tratamiento estomatológico es bastante simple y en ocasiones el tratamiento pudiera ser más complejo. De cualquier manera, el estomatólogo debe estar capacitado para tomar decisiones en cada una de estas variantes.

Investigaciones realizadas a nivel internacional y en Cuba han identificado algunas deficiencias en la atención estomatológica integral a los pacientes de riesgo quirúrgico, de igual manera se ha reconocido que hay una variedad importante de criterios en la toma de decisiones en cuanto a tratamientos bucales se refiere y la enfermedad de base de los pacientes.<sup>10, 11,12</sup>

La bibliografía consultada para estudiar este tema está muy dispersa, donde primeramente no hay unificación de criterios para identificar un paciente como riesgo quirúrgico, existen insuficientes datos registrados en la historia clínica, no se evalúa el riesgo, no se han encontrado documentos de calidad que relacione la atención estomatológica según enfermedad sistémica, no hay uniformidad en la atención

estomatológica, todo lo cual incide en las deficiencias planteadas en el manejo estomatológico en este tipo de paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), tomó la iniciativa, y en la 55 Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra en 2004, instó a los estados miembros a prestar “la mayor atención posible al problema de seguridad del paciente” y a establecer y consolidar “sistemas de base científica necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud”. En este sentido los protocolos tienen un papel fundamental en la práctica clínica, su adopción minimiza la variabilidad de procedimientos, registros, tratamientos y tareas realizadas rutinariamente, facilitan la estandarización e incrementan la confiabilidad en el cuidado de la salud del paciente, reduciendo el error humano en la ejecución de procesos complejos.<sup>7</sup>

### **Objetivos**

#### General

Estandarizar la atención estomatológica integral de los pacientes de riesgo quirúrgico.

#### Específicos

1. Elaborar un modelo de registro de especificaciones adicionales para la historia clínica del paciente de riesgo quirúrgico.
2. Elaborar un algoritmo de determinación de riesgo.
3. Establecer un algoritmo de tratamiento.

### **Profesionales a quienes va dirigido el protocolo**

- Especialistas de atención primaria de salud: Estomatólogo general (EG).  
Estomatólogo general integral (EGI).
- Especialistas y residentes de las especialidades estomatológicas del segundo nivel de atención.
- Personal directivo y administrativo

### **Población diana**

Este protocolo está diseñado para la población mayor de 19 años que tengan asociadas enfermedades sistémicas que constituyen riesgo quirúrgico. Se tuvo en cuenta para la selección de dichas enfermedades la clasificación propuesta por la autora<sup>13</sup> de pacientes especiales según requerimientos en la atención estomatológica, donde contempló 5 grupos, considerando como Grupo la los pacientes de riesgo

quirúrgico. Este último fue subdividido en 5 subgrupos, siendo seleccionado para este estudio el subgrupo A.

De manera que este protocolo está dirigido a los pacientes del Grupo I subgrupo A, que incluyen pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, donde la enfermedad de base o medicamentos indicados para la misma pueden contraindicar el tratamiento estomatológico bajo determinadas circunstancias. Están comprendidos en este grupo: los pacientes con enfermedades cardiovasculares, hematológicas, endocrinas, renales, oncológicas, respiratorias y digestivas.

### **Proceso de elaboración**

El grupo ejecutor para la creación del protocolo fue conformado por los especialistas en Estomatología General Integral que se dedican a la atención estomatológica integral a los pacientes de riesgo quirúrgico en el instituto de Cardiología, Hematología y Oncología y médicos especialistas en Hematología, Endocrinología, Nefrología, Neumología y Gastroenterología, institutos donde no hay atención estomatológica. Se consideró la participación de la especialista en hematología, la estomatóloga de dicho instituto necesitó salir del estudio. Todos los participantes contaron con alto nivel científico, docente e investigativo y años de experiencia. Se utilizó la técnica de entrevista a profundidad siendo la autora de esta investigación la coordinadora y encargada de la confección del documento, así como de las modificaciones después de los criterios de expertos.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico. Se evaluaron revistas de impacto de la Web of Sciences relacionadas con este tema y se revisaron libros que hacían referencia a las entidades médicas señaladas en el subgrupo escogido para este estudio. En la búsqueda se priorizaron los artículos publicados en los últimos cinco años. Se consultaron las bases de datos de sistemas referativos MEDLINE, PubMed y Scielo, con la utilización de descriptores como atención estomatológica a pacientes especiales, odontología en pacientes con enfermedades crónicas. Se incluyeron artículos en idioma inglés, portugués y español.

Preguntas clínicas planteadas en la confección del protocolo:

- ¿Cómo identificar los pacientes de riesgo quirúrgico?

- ¿Cuáles son los aspectos de la anamnesis que deben ser tenidos en cuenta?
- ¿Qué elementos del examen físico deben ser explorados?
- ¿Qué exámenes complementarios se debe tener en cuenta?
- ¿Cómo valorar el riesgo?
- ¿Cómo dar solución a un problema estomatológico de urgencia en un paciente de riesgo?
- ¿Cuándo realizar el tratamiento definitivo y en qué consiste?
- ¿Qué modificación de tratamiento se debe realizar?
- ¿Qué medios auxiliares de diagnóstico deben emplearse?
- ¿Qué tratamiento farmacológico indicar para tratar afecciones estomatológicas sin provocar interacciones con los medicamentos prescritos para compensar la enfermedad de base o que agraven la condición sistémica?

Conflicto de intereses: Todos los participantes en la confección del protocolo declararon no presentar conflicto de intereses.

Fuente de financiamiento: El desarrollo del presente protocolo no ha sido financiado.

### **Recursos necesarios**

#### Condiciones estructurales

- Sala con espacios adecuados
- Unidad dental con condiciones apropiadas (agua, luz, para colocar eyector de saliva, con posibilidad de colocar en diferentes posiciones)
- Equipo de Rx
- Métodos de protección para el personal de salud
- Hoja de historia clínica
- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Película de Rx

#### Materiales

- Espuma de fibrina y otros agentes hemostáticos
- Antifibrinolíticos del tipo:
  - a) Ácido épsilon aminocaproico
  - b) Ácido tranexámico
- Anestesia sin vasoconstrictor

- Sutura
- Torundas de gaza
- Rollos de algodón
- Materiales (restauradores, bases cavitarias, para endodoncia)

#### Instrumental

- Set de sutura
- Instrumental (para la clasificación del paciente, para colocar amalgama, para realizar endodoncia, cirugía y set de anestesia)

#### **Equipo de trabajo para la atención al paciente de riesgo quirúrgico**

- Especialista en Estomatología General Integral
- Estomatólogo General
- Asistente dental
- Licenciados en Atención estomatológica
- Médico de la familia u otros especialistas de atención a la enfermedad sistémica
- Especialistas y residentes de las especialidades estomatológicas del segundo nivel de atención.

#### **Papel de los miembros del equipo**

El estomatólogo general o general integral debe interactuar con el médico de la familia primeramente para identificar los pacientes de riesgo quirúrgico en el área de salud, establecer una estrecha relación para la obtención de datos que permitan considerar el comportamiento de estos pacientes en cuanto al cumplimiento del tratamiento médico y compensación de la enfermedad sistémica y lograr la asistencia de estos pacientes a la consulta estomatológica, de esta manera efectuar los tratamientos ya sean preventivos, curativos o de rehabilitación. Una vez el paciente en la clínica, deberá considerar otros aspectos necesarios para llevar a cabo el tratamiento estomatológico evitando iatrogenias en el mismo y remitir al segundo nivel de atención a los pacientes que así lo requieran, actividad de importancia vital que finaliza la atención del paciente. Todos los profesionales implicados deberán tratar además las urgencias que se presenten en dichos pacientes.

El o la asistente dental o el Licenciado en Atención estomatológica colaborarán en la limpieza del conjunto dental y local de atención, esterilización de los instrumentos, así como auxiliar al estomatólogo durante la atención, preparación de materiales y en la

indicación de actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales.

### **Medidas de bioseguridad a emplear por el personal de salud**

Uso de guantes, mascarilla, espejuelos protectores, batas sanitarias, todos para proteger la piel y las mucosas de cualquier contacto con sangre o líquidos corporales. Manejo cuidadoso de los elementos cortopunzantes. Las agujas no deben reenfundarse, doblarse ni desprenderse de las jeringas.

Lavado inmediato de las manos y superficies corporales si se contaminaron con sangre u otros fluidos corporales, antes y después del contacto con los pacientes y siempre después de retirarse los guantes.

### **Limitaciones posibles para la implementación del protocolo**

- Profesional poco capacitado.
- Recursos materiales e insumos insuficientes.

### **Actividades o procedimientos clínicos**

#### Evaluación primaria

Los pacientes de riesgo quirúrgico pueden llegar a la clínica estomatológica por diferentes vías, pueden ser citados por el estomatólogo del área de salud, pueden ser remitidos por el médico de familia o especialista de la enfermedad sistémica que padece, pueden presentarse espontáneamente para revisión y tratamiento estomatológico de rutina o por urgencia. En todos los casos, estos pacientes deben ser evaluados a través la historia clínica con excepción de aquellos que asistan por urgencia donde se debe priorizar la misma, a pesar de esto, no se debe obviar, valorar aspectos a través del interrogatorio, examen físico y complementarios, este último, si el paciente los tuviera, que permitan una atención adecuada, pero sin dilatar el procedimiento. De cualquier manera, antes de realizar el tratamiento estomatológico, sobre todo los quirúrgicos, la evaluación del estado sistémico es de primordial importancia en estos pacientes.

Se creó para este fin, un modelo de registro de especificaciones adicionales para la historia clínica del paciente de riesgo quirúrgico (Anexo 1) con datos que no aparecen en la historia clínica convencional. Se adjuntan los mismos tanto al interrogatorio como al examen físico, se incluyen además otros exámenes como la medición de la tensión arterial, pulso arterial, frecuencia respiratoria entre otros y complementarios según enfermedad en cuestión en el caso que el paciente los portara con la adecuada



actualización de la ejecución de los mismos. El modelo cuenta con cinco columnas que se explican a continuación:

- Columna uno: aparece la numeración de cada una de las preguntas.
- Columna dos: preguntas a realizar ya sean las correspondientes al Interrogatorio, aspectos propios del examen físico y complementarios.
- Columnas tres y cuatro: para encerrar en un círculo las respuestas sí o no, que estarán unidas cuando la respuesta no esté en las categorías previas y se necesite escribir el dato.
- Columna cinco: será para marcar con una cruz (x) si la respuesta es considerada de riesgo según el instructivo. (Anexo 2)

Se seleccionaron aspectos clave dentro del modelo de registro de especificaciones adicionales, con el objetivo de determinar los riesgos en los pacientes, ya que no necesariamente ha sido evaluado por el médico previamente y fundamentalmente cuando el motivo de la consulta es una urgencia y no se requiere la realización del modelo completo, pero si, identificar los riesgos presentes previo a la conducta terapéutica a seguir.

Estos aspectos claves están señalados numéricamente en cada algoritmo porque han sido identificados según las enfermedades del estudio. De manera que se clasifican los pacientes de la siguiente manera:

De riesgo: cuando los aspectos claves son valorados de riesgo en su totalidad o más del 50% de los mismos.

Menor riesgo: cuando menos del 50% de los aspectos claves son valorados de riesgo.

De importante riesgo: paciente que presente las siguientes condiciones aun cuando menos del 50% de los aspectos claves sean valorados de riesgo.

- Tensión arterial superior a 160/100mmHg
- Paciente con menos de seis meses infartado
- Paciente hemofílico que ha desarrollado inhibidores
- Paciente en tratamiento de hemodiálisis.
- Paciente en tratamiento de radiaciones, quimioterapia o tratado con bifosfonatos.

En el caso de necesitar un complementario de forma inminente para valorar el riesgo, se debe considerar la accesibilidad al laboratorio clínico, de no ser posible efectuarlo se realizará un tratamiento no invasivo y remitir al paciente a su médico de base.

## **Tratamiento**

El tipo de tratamiento estomatológico que requiere el paciente de riesgo quirúrgico será identificado como:

**Tratamiento de urgencia:** en estomatología general integral será considerado todo aquel que vaya encaminado a aliviar el dolor (hiperestesia dentinal, estados pulpares, periapicales, absceso gingival o periodontal, alveolitis) o erradicar un sangrado.

Tratamiento medicamentoso: cuando se indican medicamentos que no son de uso estomatológico, sino aquellos utilizados para coadyuvar el tratamiento como los antibióticos, antipiréticos o antiinflamatorios cuya vía de administración puede ser oral, intramuscular o endovenosa.

Tratamientos Invasivos: considerados todos aquellos que involucren perforación de la mucosa oral e impliquen sangrados: las extracciones dentarias, cirugías menores, tartrectomías, endodoncias, pulpotomías, uso de anestesia.

Tratamientos no Invasivos: aquellos que no involucren sangrados, la remoción de la caries dental, tratamientos conservadores y preventivos.

Combinación de tratamientos: se explica por sí mismo.

### **Principios generales de tratamiento**

- Condiciones en la clínica para desarrollar el tratamiento (recursos materiales, instrumentos, ambiente)
- Determinar si el paciente es de riesgo, de menor riesgo o importante riesgo en la consulta estomatológica. Estos se expresan según los resultados de la valoración de los aspectos claves identificados por números en cada algoritmo.
- Descripción de consecuencias probables de realizar el tratamiento estomatológico.
- Determinación de tratamiento definitivo: las prioridades de tratamiento se establecen en función de los riesgos identificados, se realizará tratamiento definitivo con adecuaciones o alternativas al procedimiento, generalmente limitándose a la urgencia.

Los tratamientos de urgencia o con adecuaciones ya sean invasivos, no invasivos, farmacológicos se expresan en cada algoritmo según enfermedad identificada. El tratamiento urgente por un sangrado se realizará siguiendo las mismas pautas de tratamiento establecido en el algoritmo y utilizando la sutura o medidas hemostáticas locales según corresponda. Se realizará el tratamiento de la alveolitis de igual manera.

## Evaluación secundaria

Se realizará durante y después del tratamiento, atendiendo a la sintomatología planteada por paciente y su estado físico.

## Modelo de remisión

Se anexa modelo de remisión en el caso que el paciente sea identificado de mayor riesgo o en caso de necesaria interconsulta con el médico de base del paciente para efectuar algún tratamiento. Anexo 16

## Lesiones asociadas

Los pacientes de riesgo quirúrgico presentan manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas que se deben valorar porque pueden ser causa de una descompensación de la enfermedad lo cual puede complicar el tratamiento estomatológico.

## Algoritmos de actuación

Leyenda



Inicio o finalización



Acción a tomar

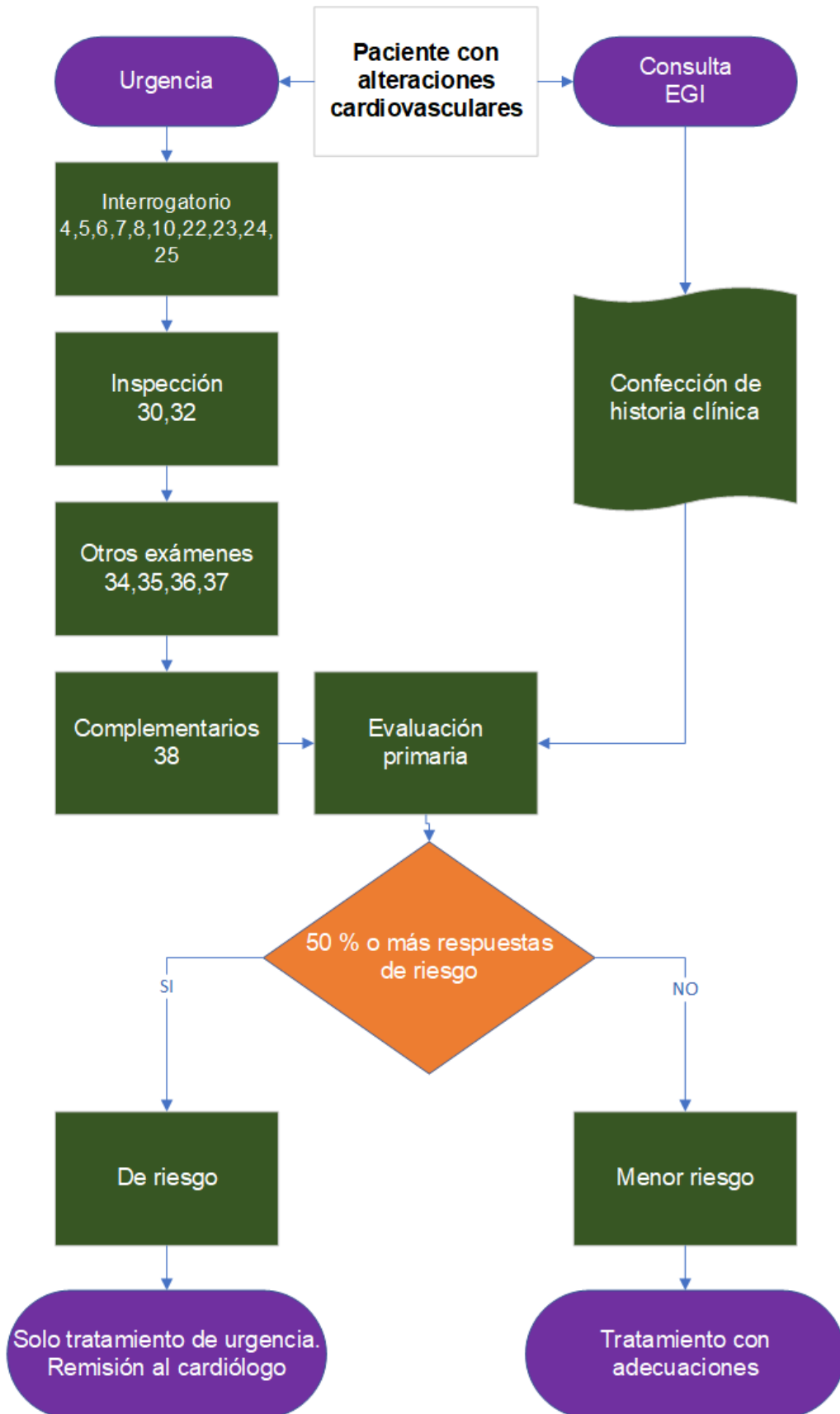


Confección de documento

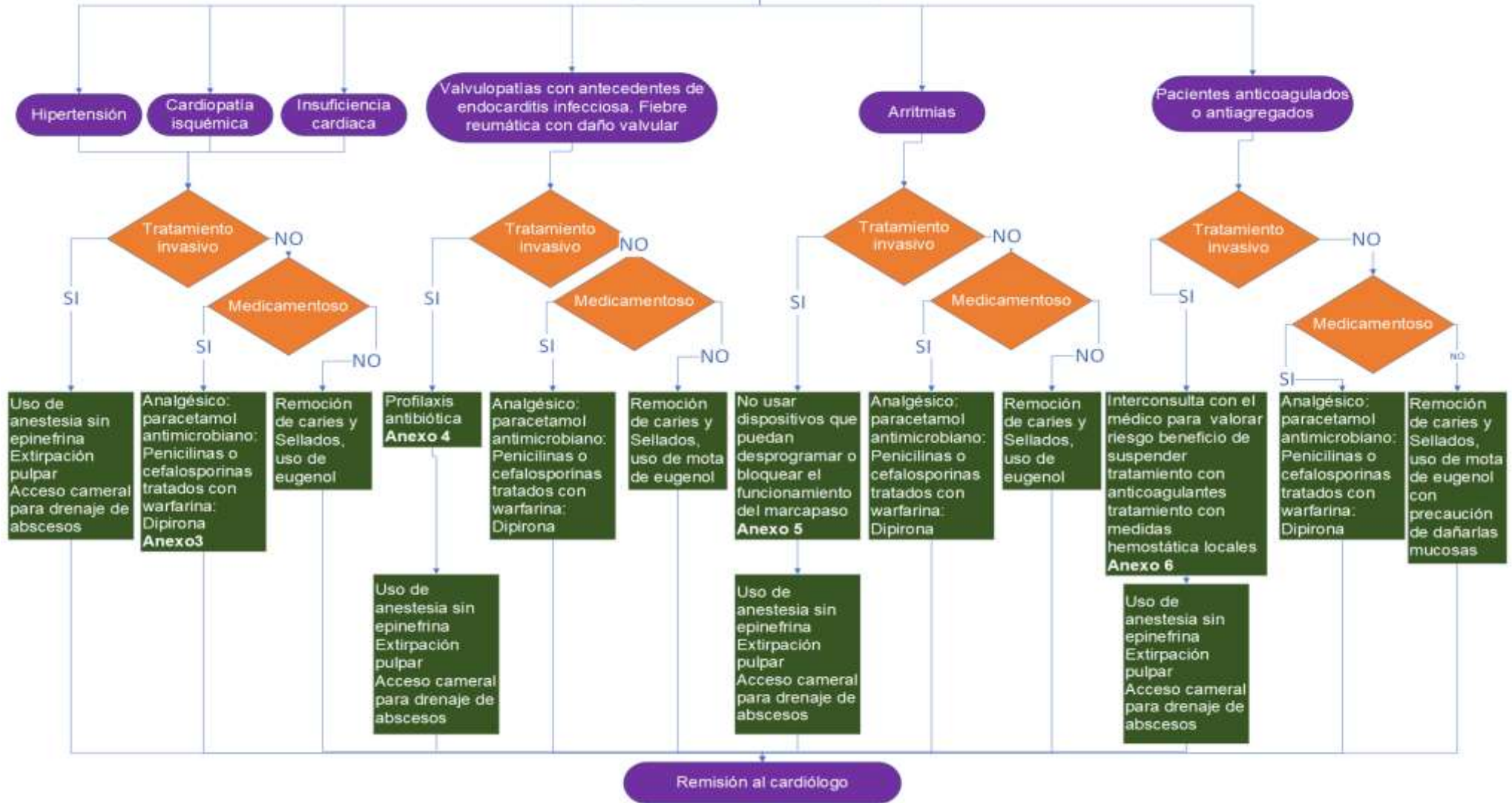
Toma de decisiones

Los números que aparecen en los algoritmos se corresponden con los declarados como claves en el modelo de registro de especificaciones adicionales para la historia clínica del paciente de riesgo quirúrgico

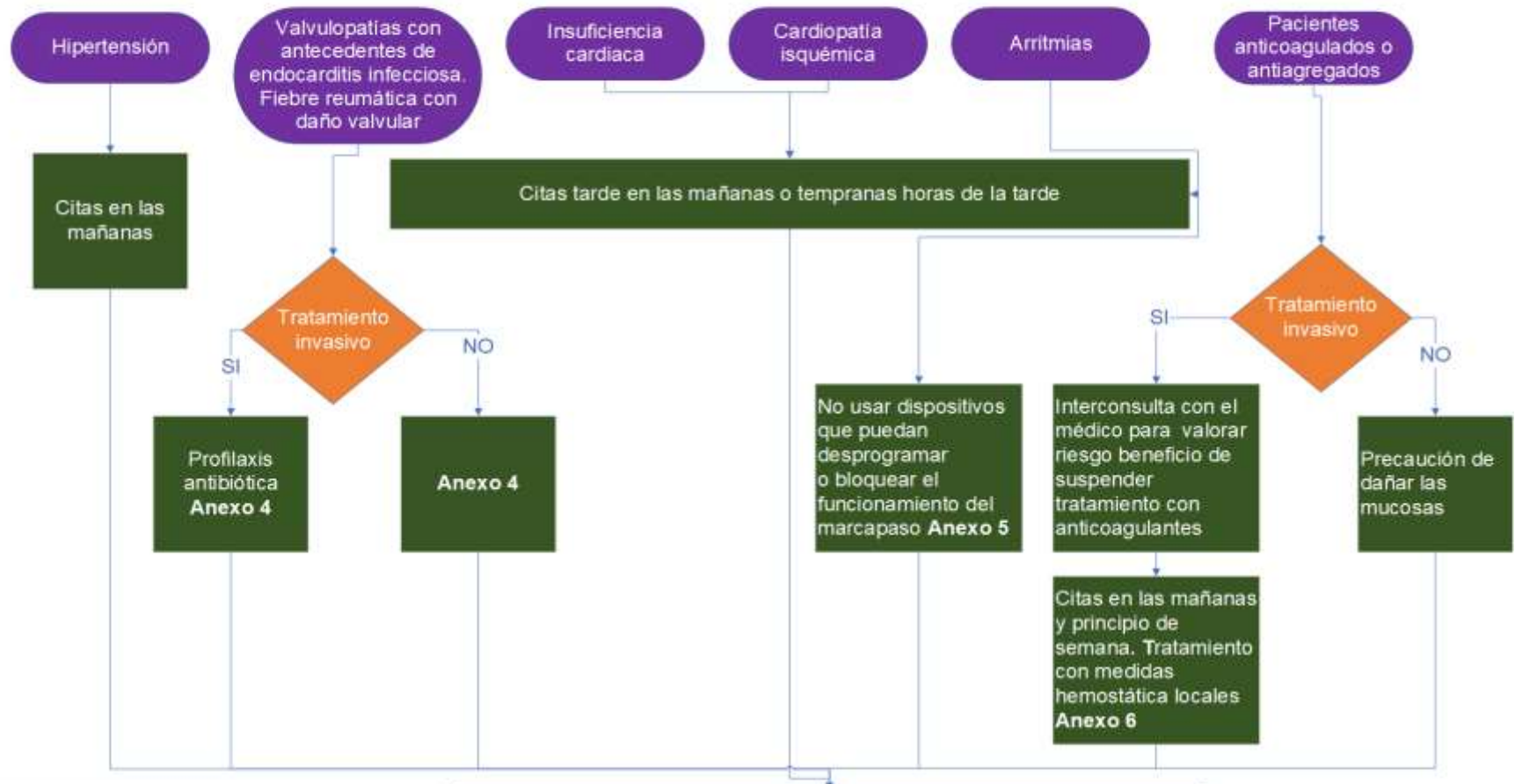
### ALGORITMO DE DETERMINACIÓN DE RIESGOS AL PACIENTE CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES



Tratamiento de urgencias según enfermedad cardiovascular



Tratamientos con adecuaciones según enfermedad cardiovascular



**Anexo 3** Interacciones medicamentosas más frecuentes entre medicamentos para el tratamiento de Hipertensión y los usados en Estomatología

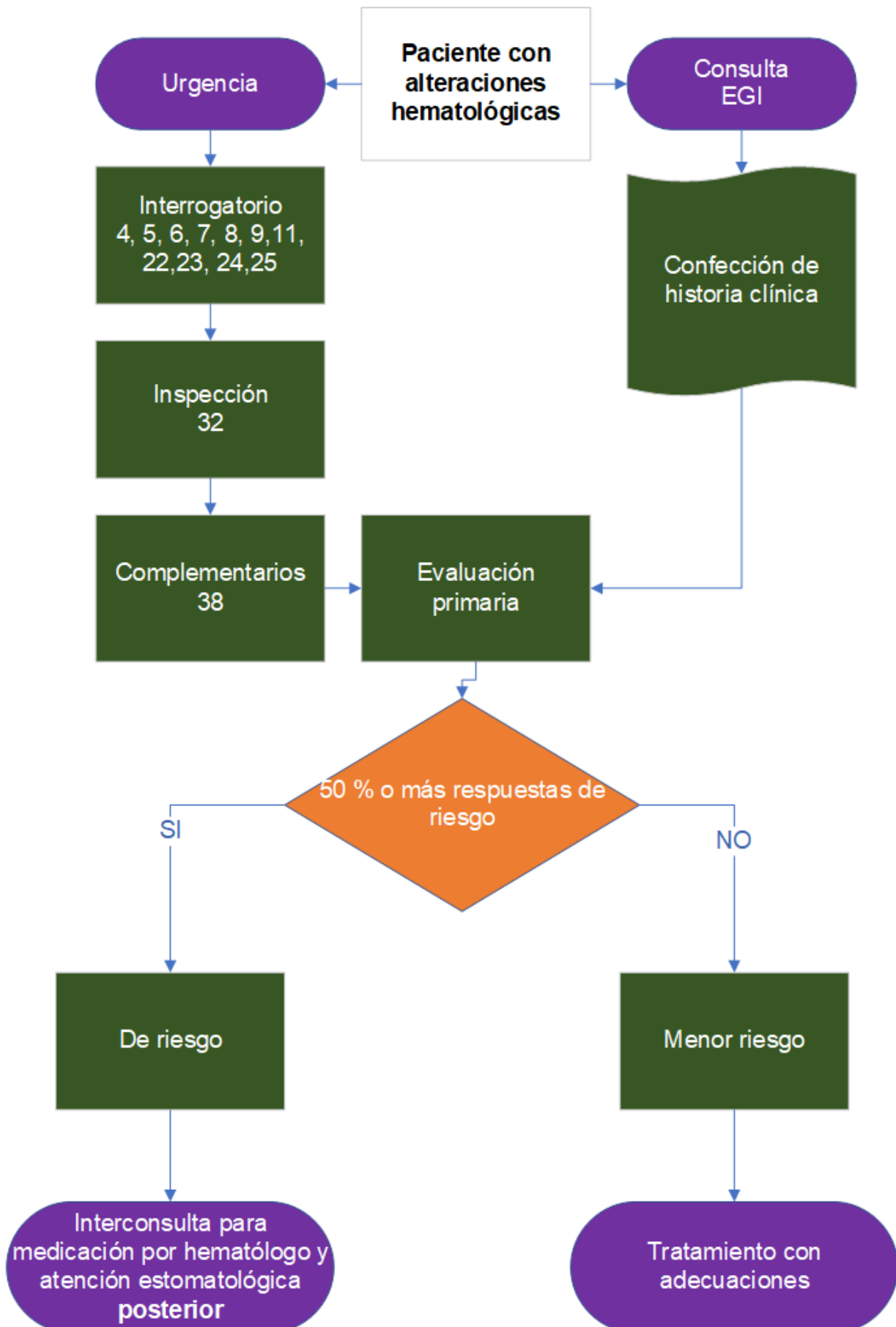
**Anexo 4** Profilaxis antibiótica

**Anexo 5** Dispositivos que puedan desprogramar o bloquear el funcionamiento del marcapaso

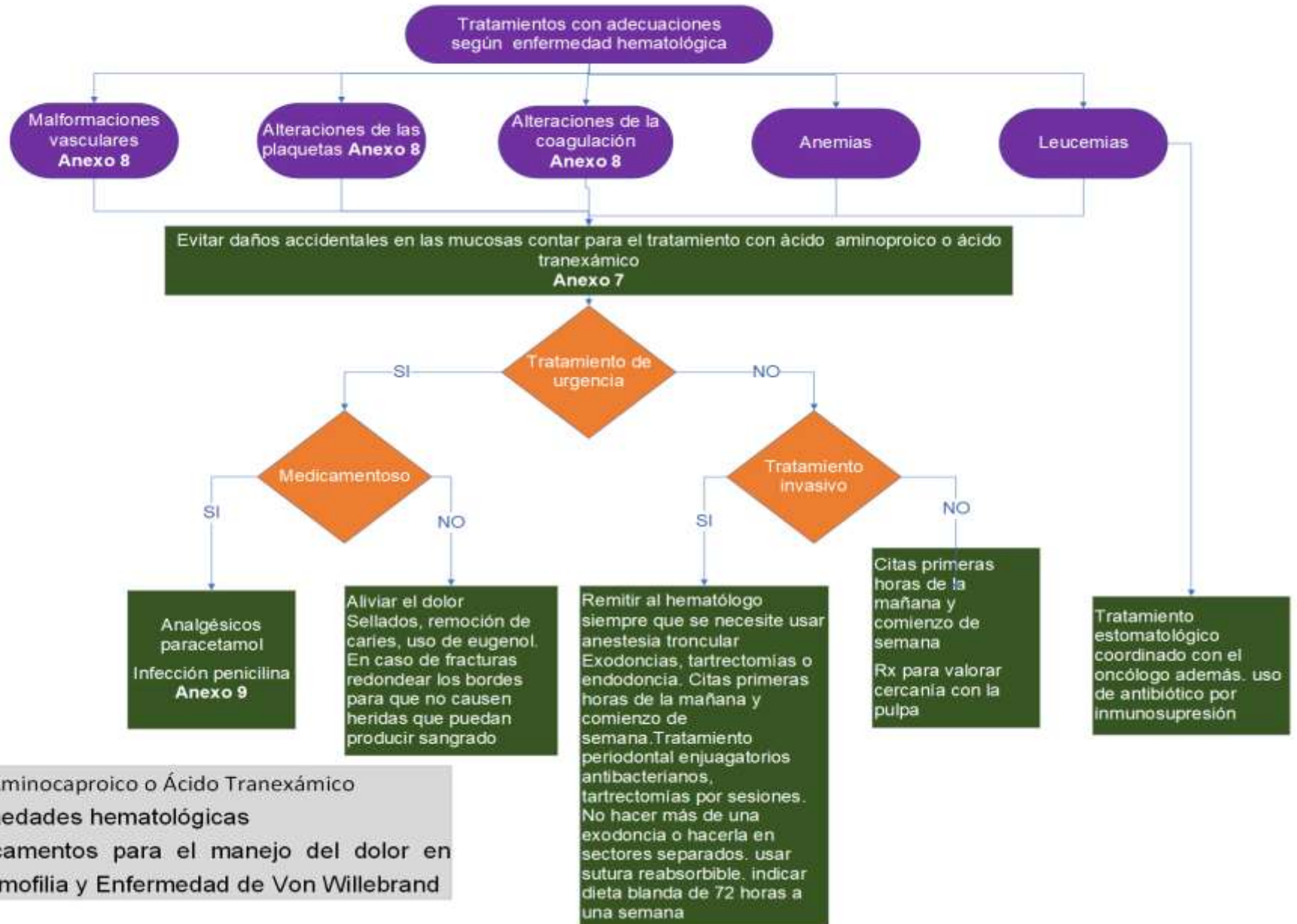
**Anexo 6** Tratamiento de Pacientes anticoagulados o antiagregados

Evitar el estrés  
Evitar citas cortas repetitivas o muy largas  
Posición semisentado  
Evitar cambios ortostáticos  
Evitar uso de anestesia con vasoconstrictor. No usar más de dos carpules  
No usar vasoconstrictor en pacientes tratados con betabloqueadores o digitálicos glucosídicos

### ALGORITMO DE DETERMINACIÓN DE RIESGOS AL PACIENTE CON ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

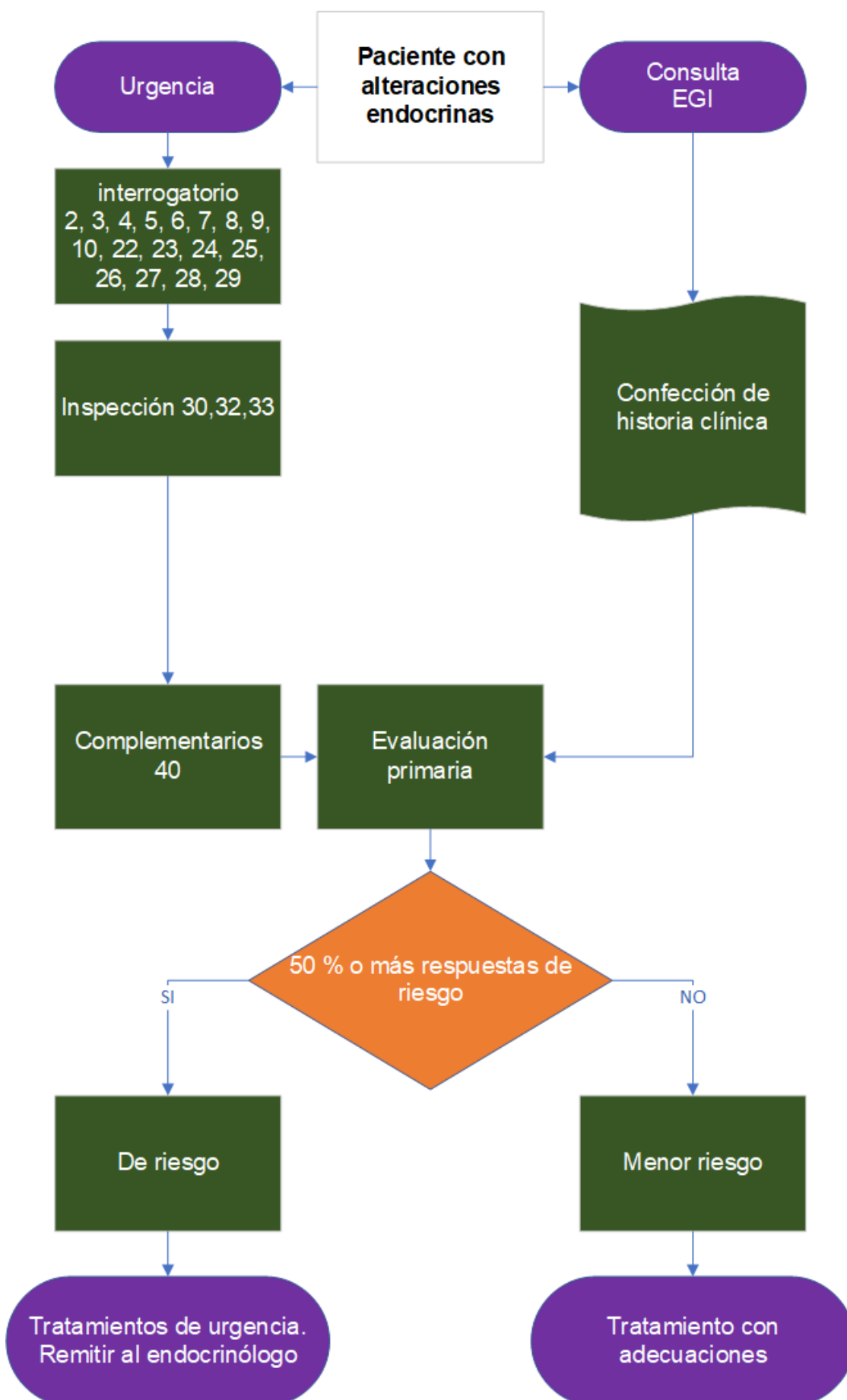


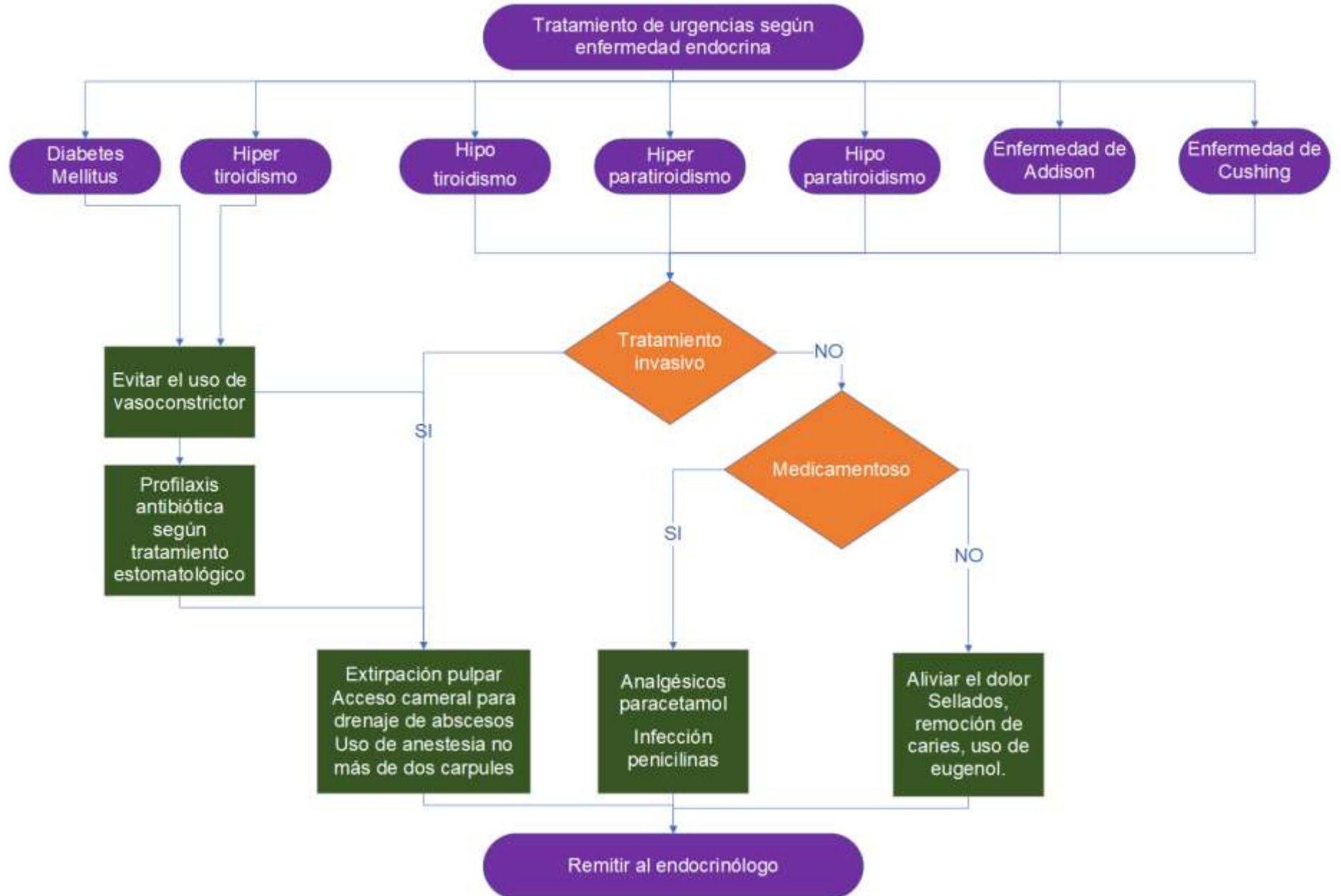
Tratamiento al paciente con menor riesgo

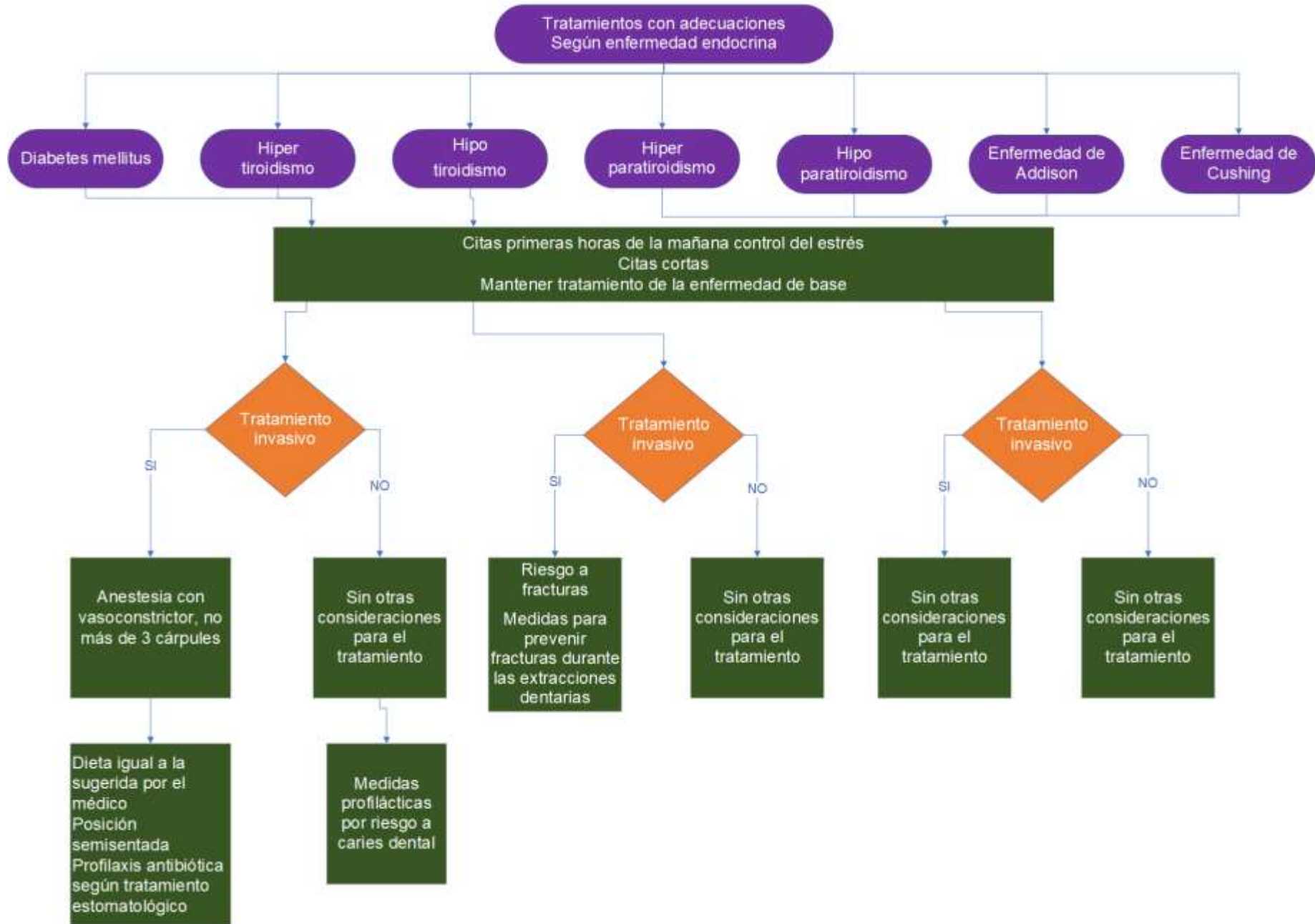


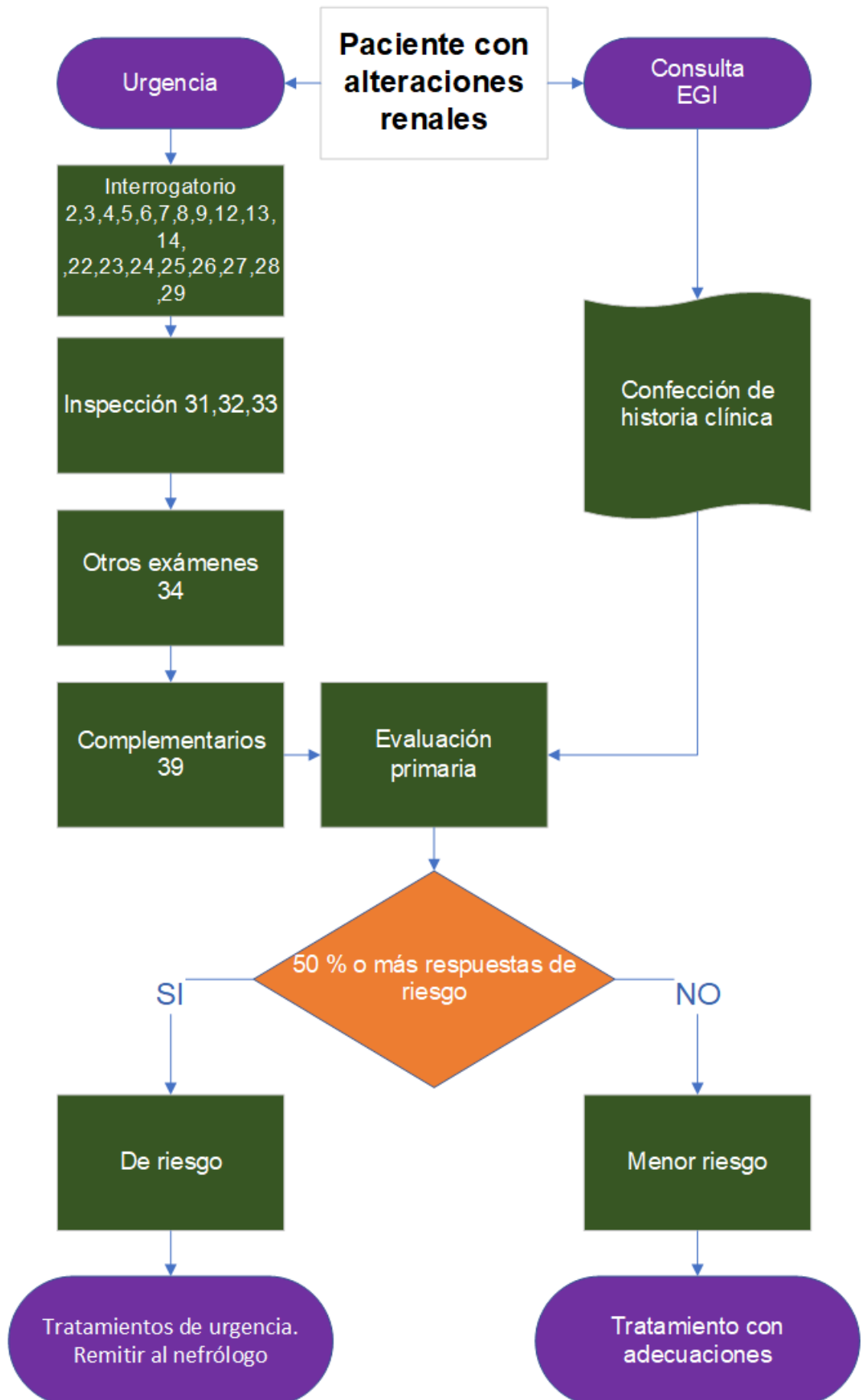
**Anexo 7** Ácido Aminocaproico o Ácido Tranexámico  
**Anexo 8** Enfermedades hematológicas  
**Anexo 9** Medicamentos para el manejo del dolor en paciente con Hemofilia y Enfermedad de Von Willebrand

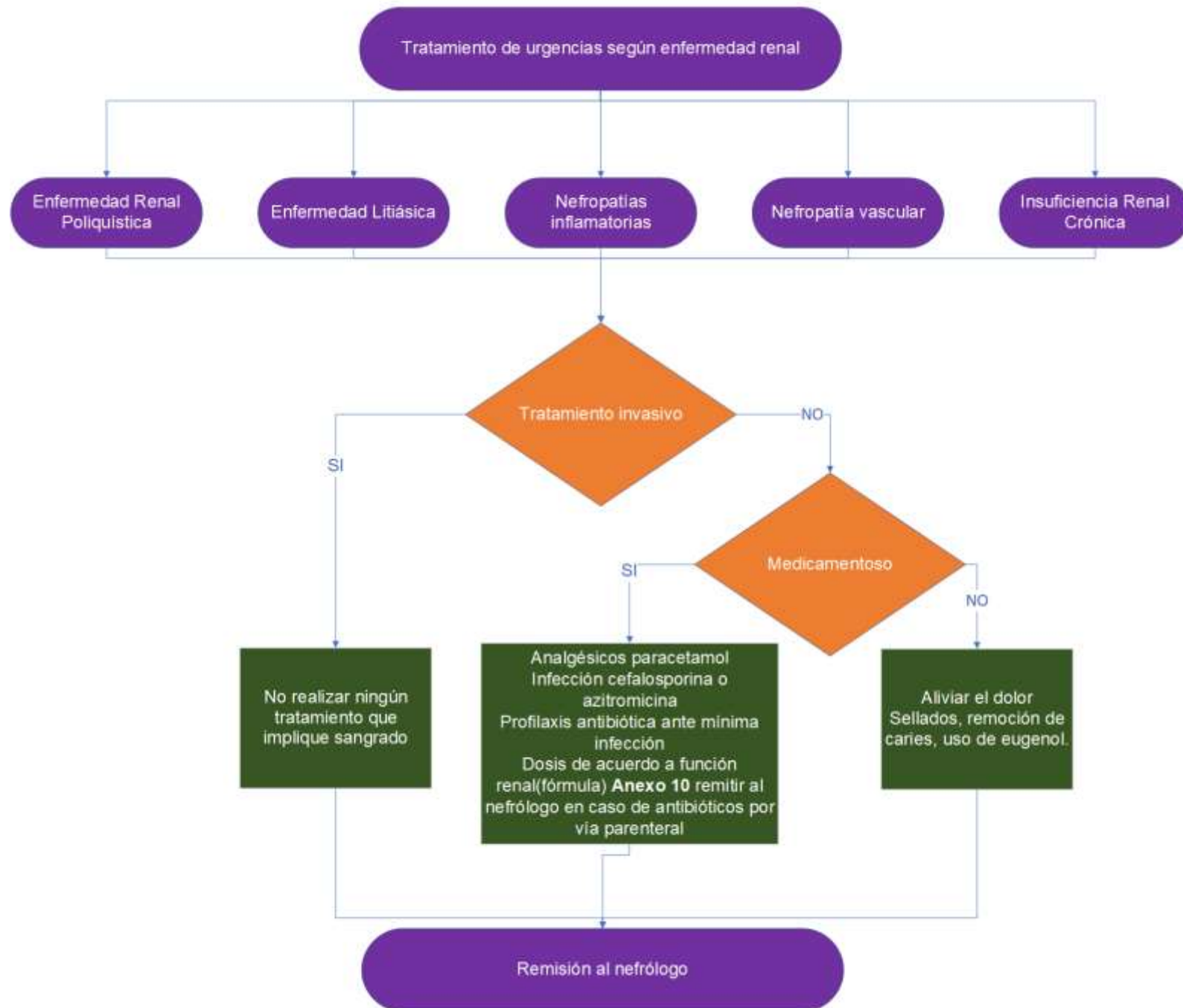


**ALGORITMO DE DETERMINACIÓN DE RIESGOS  
AL PACIENTE CON ENFERMEDADES ENDOCRINAS**



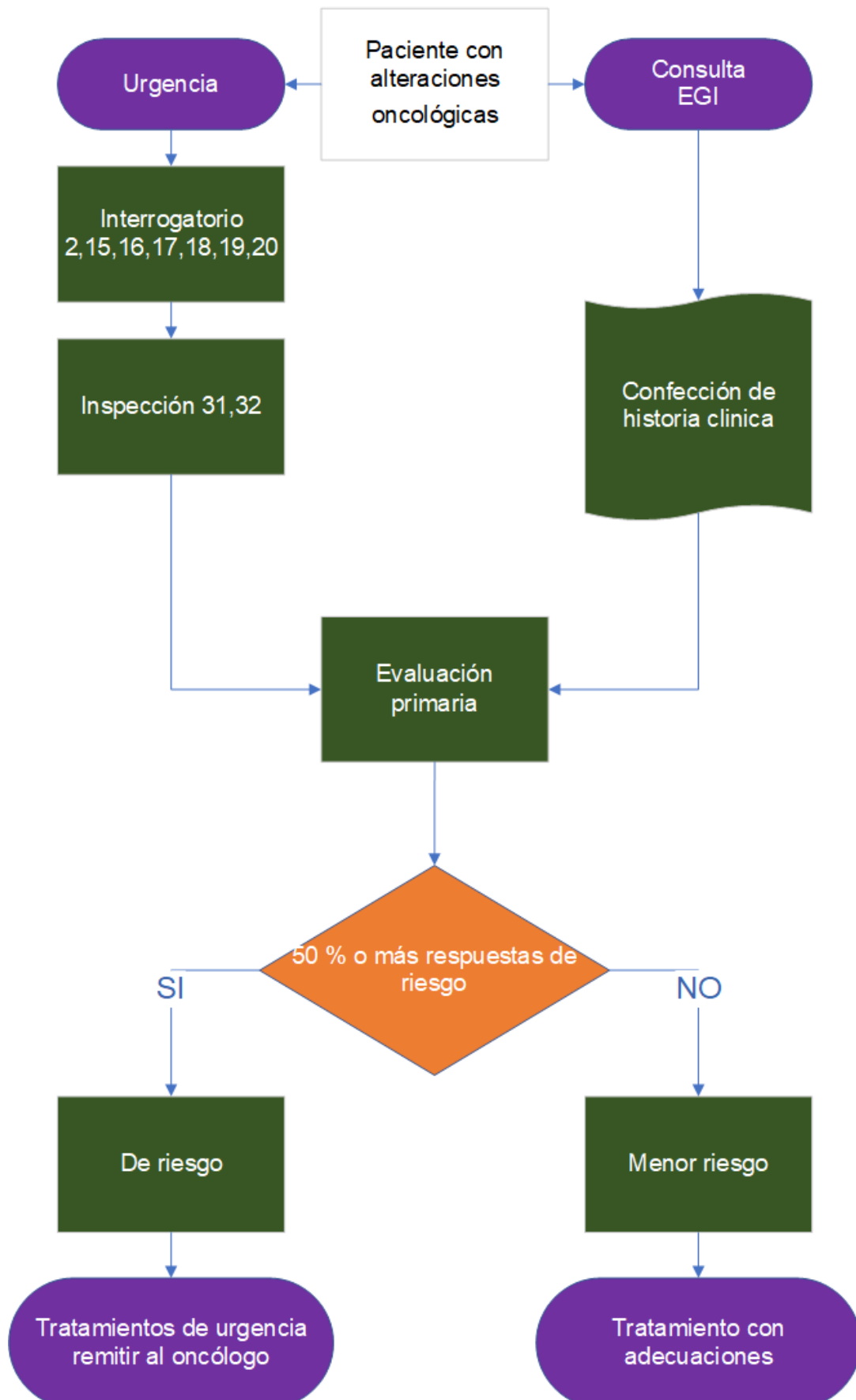


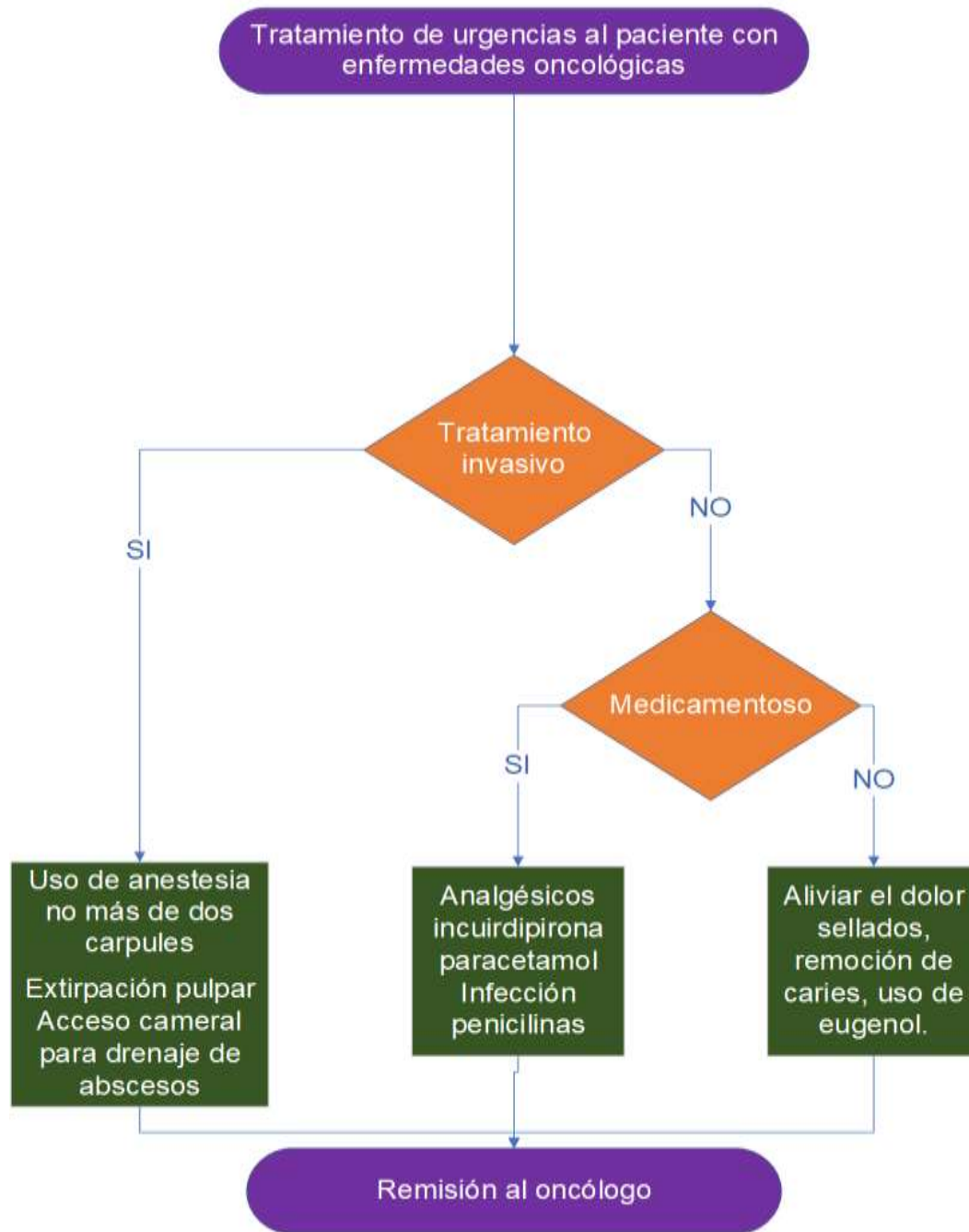
**ALGORITMO DE DETERMINACIÓN DE RIESGOS  
AL PACIENTE CON ENFERMEDADES RENALES**



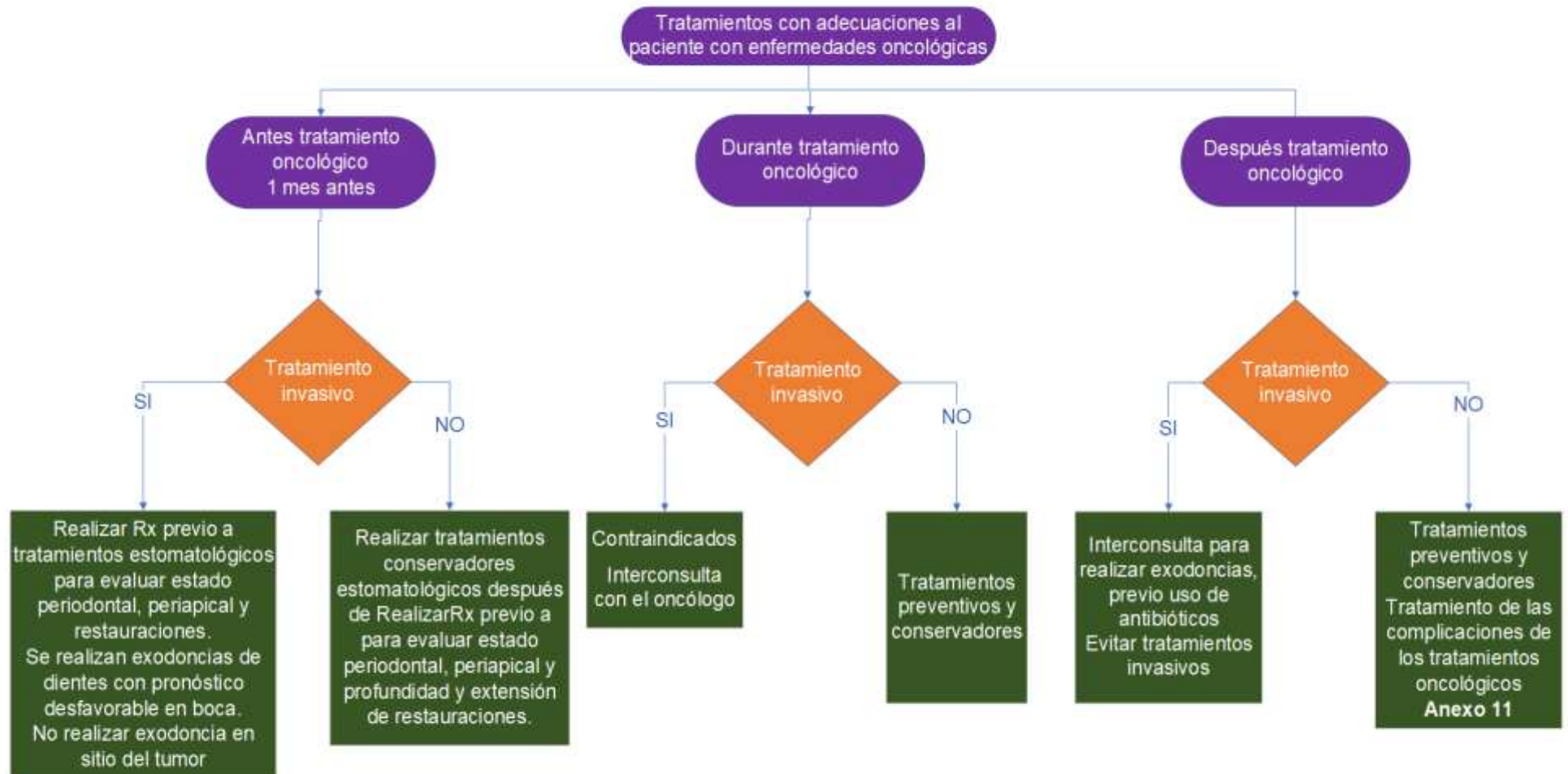


### Algoritmo de determinación de riesgos al paciente con enfermedades oncológicas

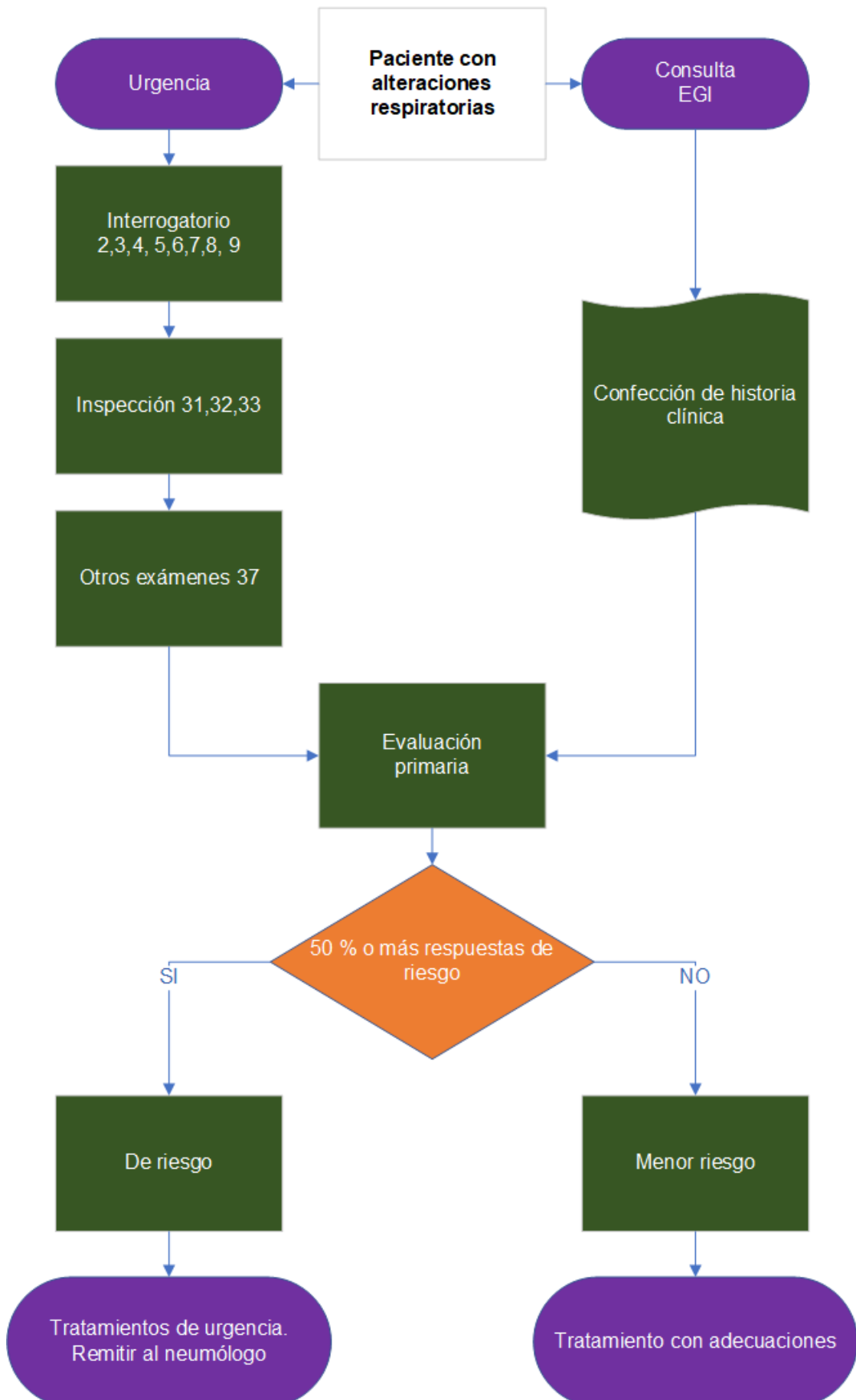


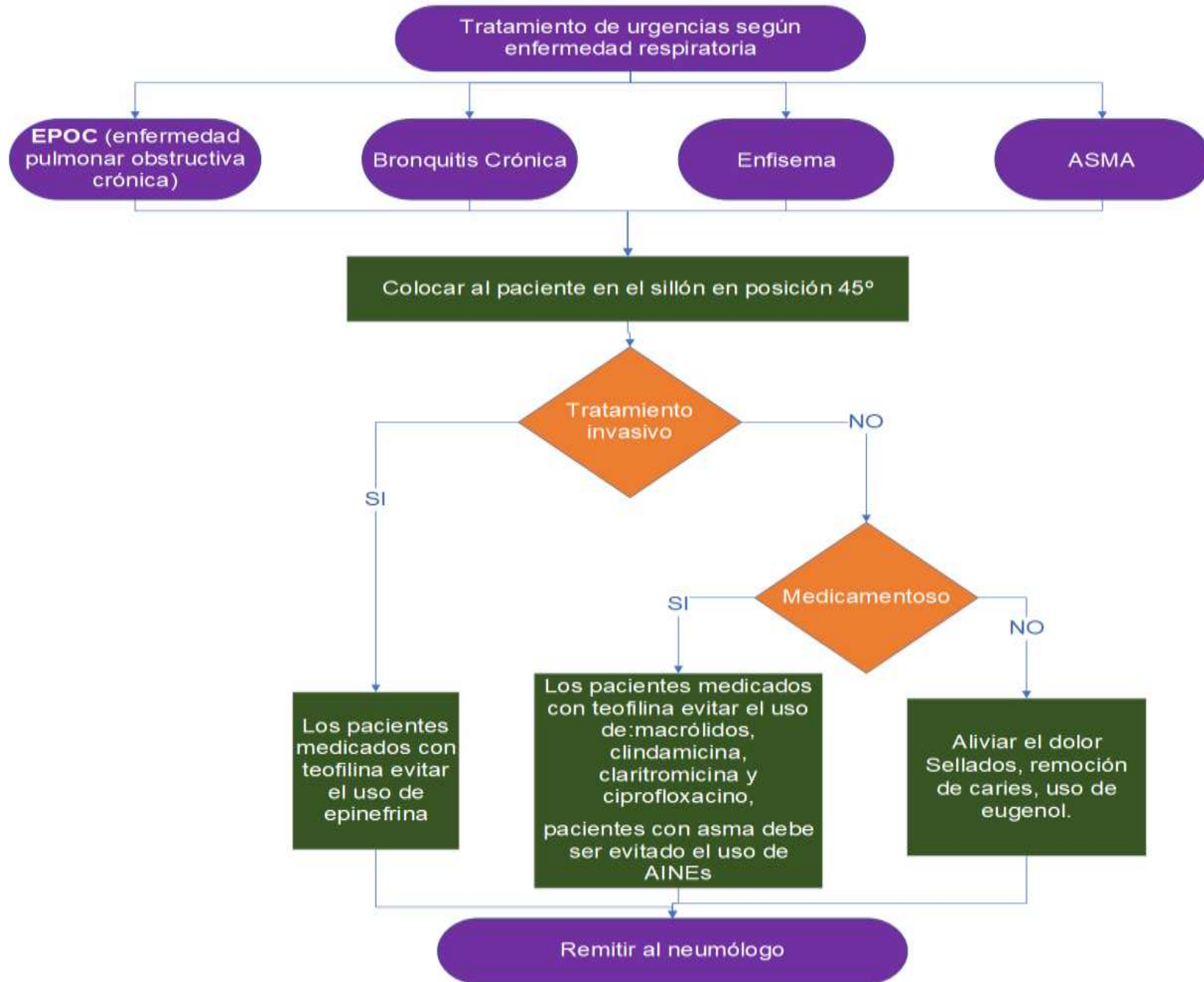


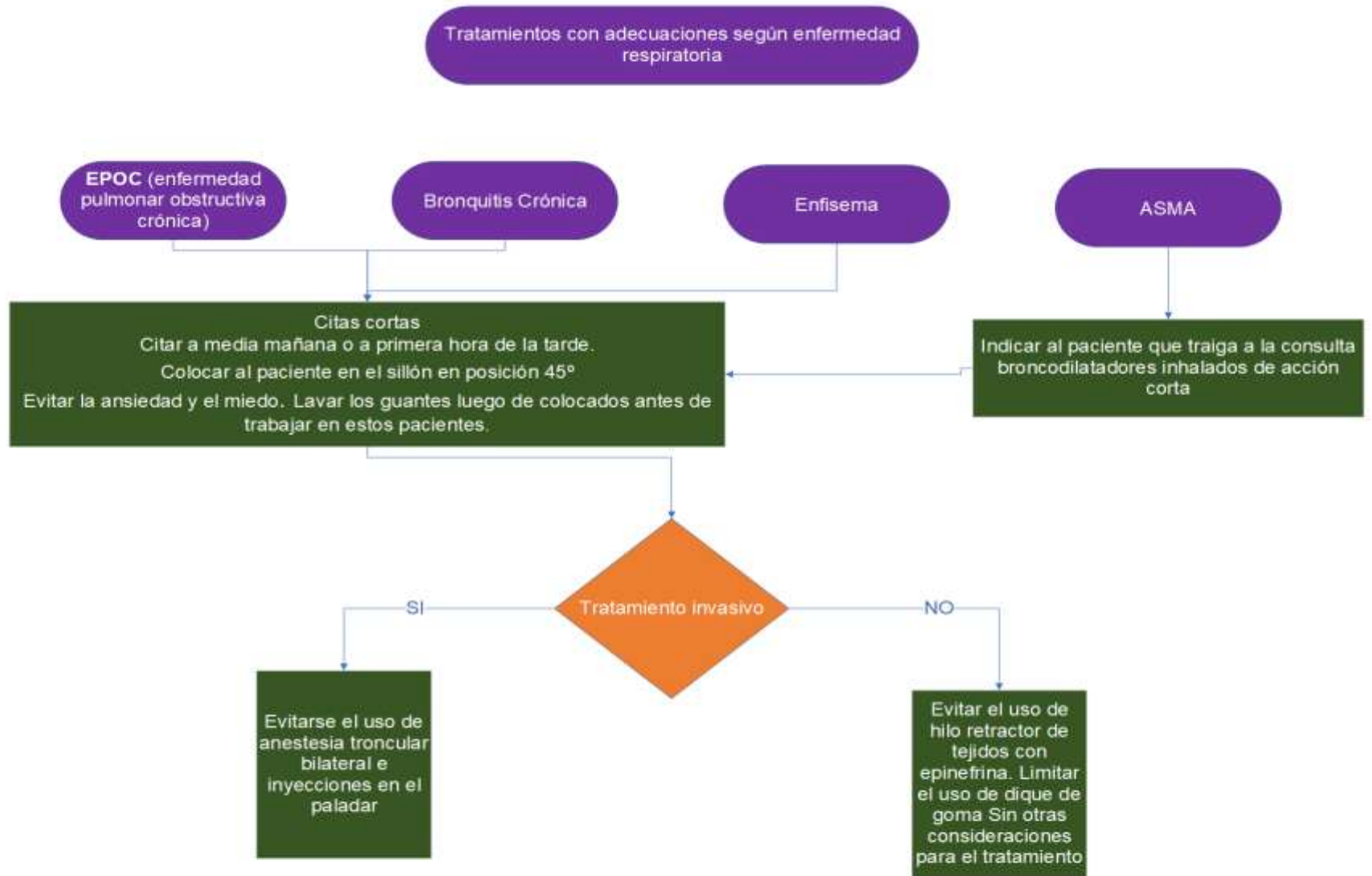




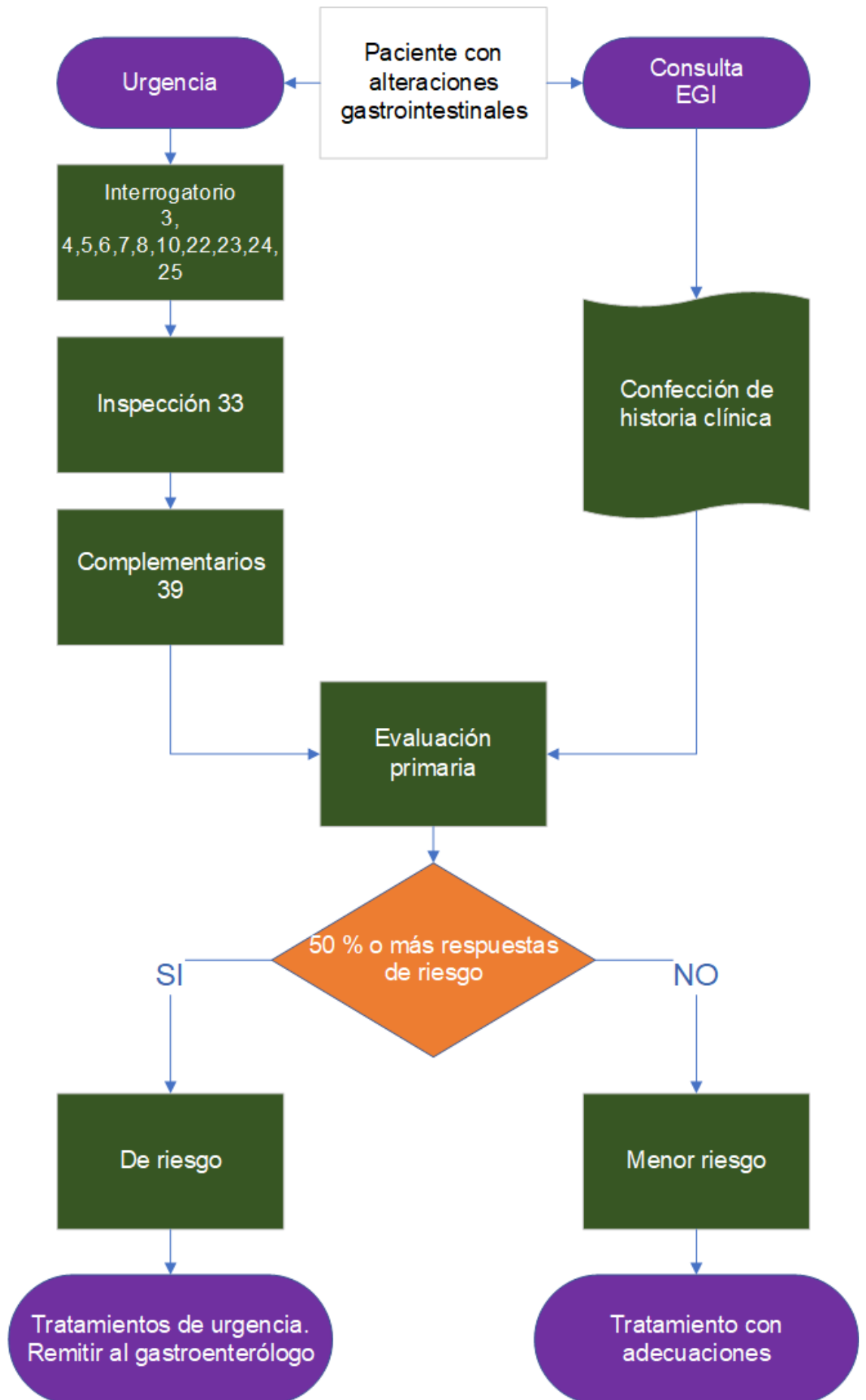
### Algoritmo de determinación de riesgos al paciente con enfermedades respiratorias

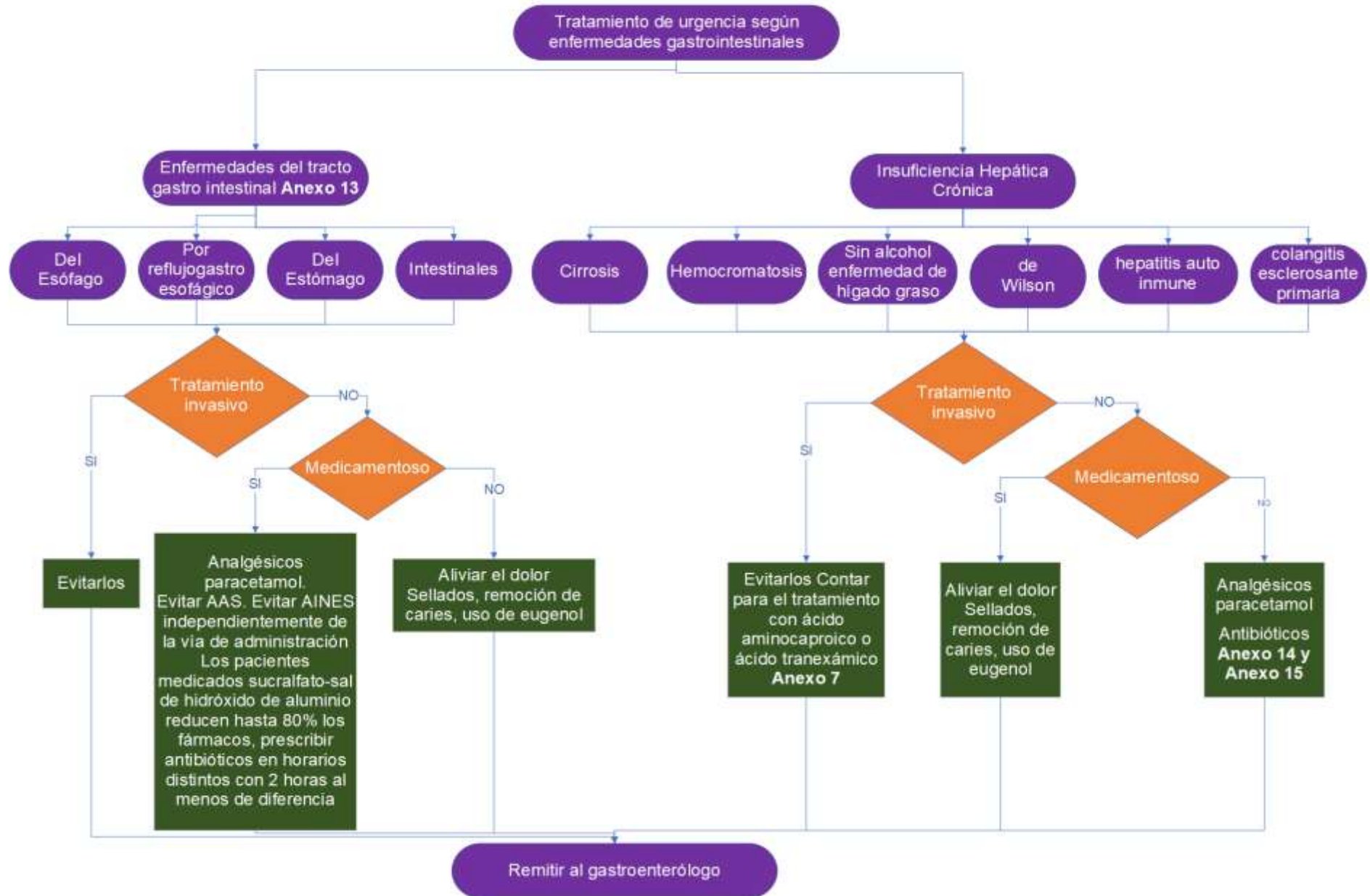


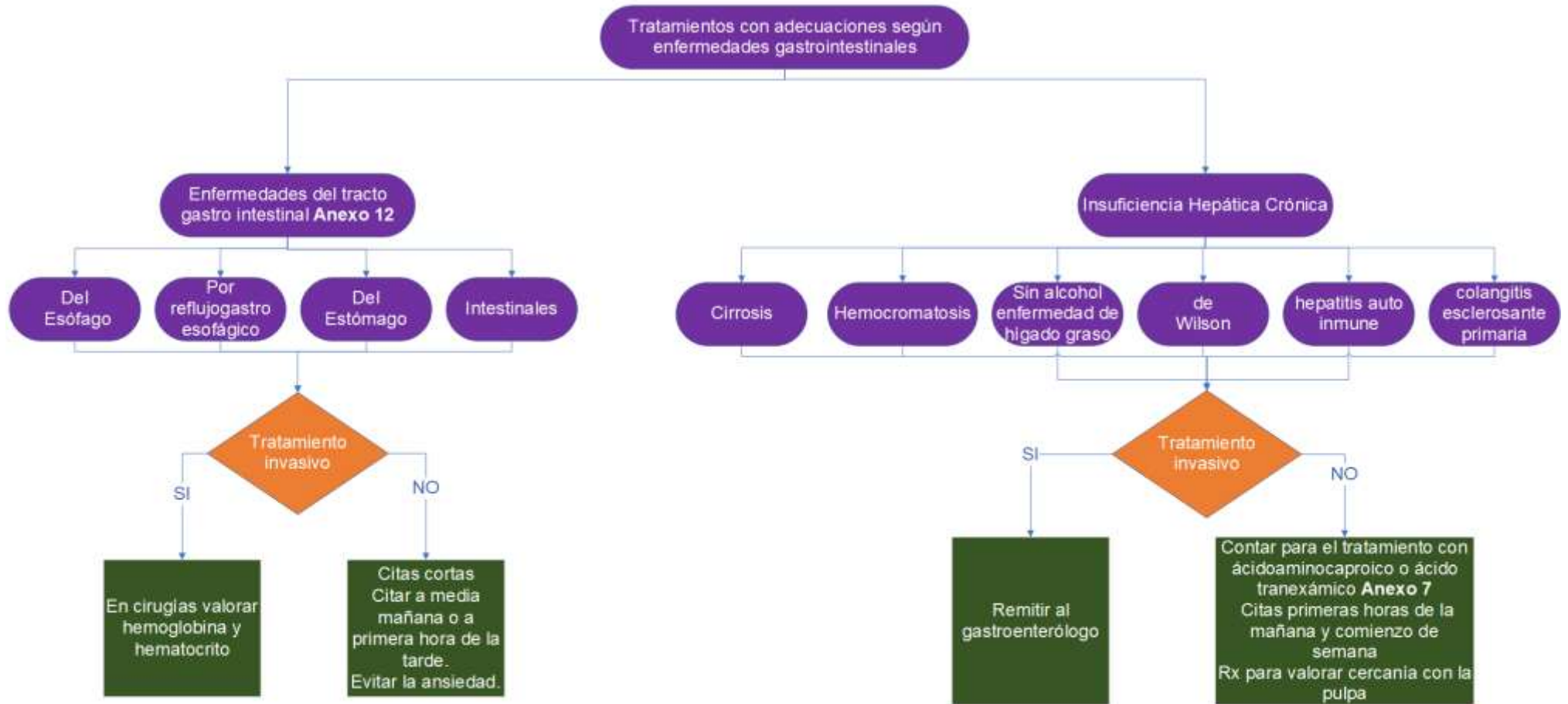




ALGORITMO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL AL PACIENTE CON ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES







**Anexo 13.** Enfermedades Digestivas.

**Anexo 14.** Selección de fármacos para pacientes con hepatopatías

**Anexo 15.** Repercusión del uso de fármacos en pacientes con hepatopatías

### **Aspectos legales y registros**

La confección de historia clínica es un documento legal de suma importancia en todos los pacientes que acuden a la consulta estomatológica. Para la aplicación de este protocolo es necesario registrar datos adicionales a la misma que permitan identificar el riesgo, siendo esta una etapa primordial para llevar a cabo el posterior tratamiento. Los pacientes de riesgo quirúrgico deben dar fe de veracidad de las respuestas de estos datos lo cual permitirá el éxito de la atención a estos pacientes.

### **Consentimiento informado**

Declaración del paciente por escrito de haber recibido la información necesaria sobre el tratamiento a realizar o alternativa del mismo si es considerado de riesgo, no tener dudas y estar satisfecho con la información recibida.

### **Información a pacientes y familiares**

A los pacientes de riesgo quirúrgico y familiares se les debe explicar la variante de tratamiento que se le realizará en el caso que el paciente sea identificado como de riesgo así como explicarle las consecuencias de realizar el tratamiento definitivo en la condición señalada. Indicarle la remisión al médico especialista de manera que sea atendido su estado sistémico para posterior atención estomatológica.

### **Proceso de implantación**

El documento final, será presentado a consideración del Consejo Científico de la institución y al comité de ética, después de analizado y discutido, lo elevará para aprobación por la dirección de la misma.

Debe contar con el respaldo del consejo administrativo y científico comprometido con la implementación, evaluación y actualización periódica del instrumento considerando los avances del desarrollo científico-técnico de la Salud en general. Una vez aprobado el protocolo, el mismo será de cumplimiento consecuente en la institución, pudiendo presentarse excepciones, las cuales siempre estarían propuestas con criterio de colectivo y aprobadas por el jefe de servicio.

### **Control de calidad y proceso de actualización**

El protocolo será revisado por una comisión creada para el efecto al cumplirse el tiempo de revisión, que estará encargada de su evaluación y de introducir los cambios pertinentes. Implantación del protocolo: 2021



Cronograma de revisión propuesto: 2023(a cumplirse cada dos años)

Las evaluaciones del protocolo, deben realizarse con dos criterios, uno, por el grupo de estudio permanente del servicio, que lo realizará según el criterio expresado en el propio documento y otro, por el grupo de auditoría de la institución, con la secuencia establecida por su reglamento. El protocolo será sometido nuevamente a evaluación del Consejo Científico de la institución solo cuando se hayan introducido modificaciones en cualquiera de sus procedimientos aprobados.

Indicadores de evaluación

Indicadores de estructura	Plan > 95 %	No adecuado <85 %	Medianamente adecuado 85-95 %	Adecuado > 95 % estructura
Recursos humanos				
Especialistas y licenciados calificados disponibles para la aplicación del protocolo.				
Recursos materiales				
Declarados en el acápite de recursos necesarios en el protocolo				
Recursos organizativos				
Indicadores de proceso	Plan 100%	No adecuado	Medianamente adecuado 85-90 %	Adecuado 95-100 %
Selección de pacientes de riesgo y menor riesgo				
Determinación adecuada del tratamiento de				
Realizó las adecuaciones establecidas para el tratamiento al paciente de				
Indicadores de resultados	Plan 100%	No Adecuado <85%	Medianamente adecuado 85-90%	Adecuado 95-100%
Éxito del tratamiento				
Satisfacción del paciente				

## **Recomendaciones**

Realizar todos los pasos expresados en la secuencia de actuación.

Realizar tratamientos indicados en los algoritmos.

## **Listado de abreviaturas**

SP: Seguridad del paciente

EG: Estomatólogo general

EGI: Estomatólogo general integral

INR: rango internacional normalizado

Hemoglobina Glicosilada: HbA1c

ISI: Índice de Sensibilidad Internacional

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

ERGE: Enfermedad por reflujo gastroesofágico

AAS: Ácido acetyl salicílico

AINES: Antiinflamatorios no esteroideos

TPT: Tiempo de tromboplastina parcial

TP: Tiempo de protombina.

TT: Tiempo de trombina.

IECA: Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina

ARA: Antagonistas de los Receptores de Angiotensina

EI: Endocarditis Infecciosa

ECC: Enfermedad Cardíaca Congénita

NACOs: Nuevos anticoagulantes bucales

AVK: antivitamina K

VO: Vía oral

IV: Vía intravenosa

IRC: insuficiencia renal crónica

FG: filtrado glomerular

HBPM: Heparina de bajo peso molecular

TAO: Terapia Antitrombótica y Anticoagulante

## Referencias bibliográficas

1. González Naya G, Montero del Castillo ME. Et al. Estomatología General Integral [internet]. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2013 [citado 23 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/estomatologia-general-integral/>
2. Sueiro Sánchez I, Hernández Millán A, Díaz Sosa G, Padilla Gómez E, Díaz Sosa C, Hernández Millán Z. Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira. Medisur [Internet]. 2016 Dic. [Citado 14 Ene 2019]; 14(6): 717-726. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727897X201600060007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X201600060007&lng=es)
3. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de Manejo de Enfermedades Crónicas no transmisibles desde la Atención Primaria de Salud [Internet]. 2da. ed. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2015. [Citado 20 Febr. 2019]. Disponible en: <http://portal.mspbs.gov.py/dvent/wp-content/uploads/2015/10/Manual-de-manejo-de-ECNT.pdf>
4. Castillo Castillo HP. Seguridad del paciente en los servicios de estomatología. Rev. ADM [internet]. 2016 [citado 23 Mar 2019]; 73 (3): 155-16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2016/od163k.pdf>
5. Ventocilla Villa Dalia Guadalupe. Nivel De Conocimiento Sobre Manejo Odontológico Del Paciente Con Diabetes Mellitus En Estudiantes De 9° Y 10° Ciclo De La Escuela De Odontología De La Universidad Privada Norbert Wiener - Lima – Perú 2019[Tesis en internet].Lima-Perú: Universidad Privada Norbert

- Wiener; 2019 [citado 23 Mar 2019]. Disponible en: [repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2912/TEISIS%20Ventocilla%20Dalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2912/TEISIS%20Ventocilla%20Dalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
6. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. REV. MED. CLIN. CONDES [Internet] .2017 [Citado 2 mar 2018]; 28(5):785-795. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864017301268>
  7. López Herrera SL. Protocolo para la prevención de riesgos asociados a los procedimientos quirúrgicos en paciente hospitalizado [Tesis en internet]. México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2017 [citado 23 Mar 2019]. Disponible en: [148.224.97.92/xmlui/bitstream/handle/i/4589/EECA%202016%20PROTODOLO%20PARA%20LA%20PREVENCION%20DE%20RIESGOS%20ASOCIADOS%20A%20PROCEDIMIENTOS%20QUIRURGICOS%20EN%20PACIE.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://148.224.97.92/xmlui/bitstream/handle/i/4589/EECA%202016%20PROTODOLO%20PARA%20LA%20PREVENCION%20DE%20RIESGOS%20ASOCIADOS%20A%20PROCEDIMIENTOS%20QUIRURGICOS%20EN%20PACIE.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  8. Salazar Loachamín SF. Actualización del protocolo de tratamiento periodontal del ministerio de salud pública del Ecuador [Tesis en internet]. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2017 [citado 23 Mar 2019]. Disponible en: [www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9481/1/T-UCE-0015-574.pdf](http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9481/1/T-UCE-0015-574.pdf)
  9. Leyva Mondragón H, de la Torre F, Orejuela Ramírez F. Prevalencia de enfermedades de pacientes especiales de la Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2019 Ene [citado 24 Feb. 2020]; 29(1): 62-69. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552019000100007&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552019000100007&lng=es) . <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v29i1.3495>
  10. Bastarrechea Milián M de las M de la, Rosales Reyes SA, González Ramos RM, González CC. Percepción y conocimientos de estudiantes sobre la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico. Educ Med Súper [Internet]. 2019 Sep. [citado 10 Abr. 2020]; 33(3): e1873. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412019000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412019000300001&lng=es).
  11. Bastarrechea Milián M de las M de la. Propuesta de perfeccionamiento curricular en la carrera de estomatología para la atención a pacientes de riesgo

quirúrgico. [CD-ROM Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana Proyecto Magisterio, 2011

12. Bastarrechea Milián M de las M, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D, Edelis Raimundo Padrón. Registro de datos sobre riesgo quirúrgico en historias clínicas de Estomatología Integral. Revista Cubana de Estomatología "Próxima publicación"
13. Bastarrechea Milián M de las M, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D, Barciela González Longoria MC. Clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica. Rev Cubana de Estomatología [Internet]. 2021 [citado 21 May 2021]; 58(3):e3658. Disponible en: [www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/download/3658/1937](http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/download/3658/1937)

## Grado de recomendación y nivel de evidencia de actividades clínicas relevantes del protocolo

Actividades	Grado de recomendación	Nivel de evidencias	Expresiones propuestas	Referencias
1 No usar vasoconstrictor en hipertensos con cifras mayores de 140/90	C	III	No se recomienda	1,2,5,7,8,9,12,14
2 No usar vasoconstrictor en pacientes tratados con beta bloqueadores.	C	III	No se recomienda	1,2,3,4,7,9,12,14
3 No usar vasoconstrictor en pacientes con menos de seis meses de infartado ni tratamientos quirúrgicos.	C	III	No se recomienda	1,2,3,7,12,14
4 Realizar la profilaxis antibiótica de la endocarditis infecciosa según anexo 4	C	II a	Se debe considerar	1,3,5,8,12,14
5 Procedimientos estomatológicos que requieren Profilaxis antibiótica según anexo 4	C	II a	Se debe considerar	1,3,5,8,12,14
6 Evitar tratamientos invasivos en el paciente con tratamiento oncológico y posterior a este (quimioterapia o radioterapia) en cabeza y cuello	C	II a	Se debe considerar	1, 9,14

7	Selección de fármacos en pacientes con hepatopatías según anexo15	C	II a	Se debe considerar	1,3,4,11
8	Profilaxis antibiótica ante mínima posibilidad de infección de acuerdo a función renal según anexo 10	C	II a	Se debe considerar	1,3, 13,14
9	La atención estomatológica al paciente diabético debe ser en horario de las mañanas y con uso	C	II a	Se debe considerar	1,3,7,9,10
10	Precaución con el uso de vasoconstrictor en el paciente diabético e hipertiroideo, no usar más de 3	C	II a	Se debe considerar	1,8,7,9
11	No usar AINES en pacientes medicados con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina ECA o	C	III	No se recomienda	2,3,4,7,14
12	El mejor horario de atención del hipertenso es en la mañana, los pacientes con antecedentes de infarto en últimas horas de la mañana y primeras la tarde	C	II b	Se puede recomendar	2,4,6,7,9,14

**Grado de recomendación C:** Consenso de opinión de expertos o pequeños estudios, estudios retrospectivos, registros

**Nivel de evidencia II a:** El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad/eficacia

**Nivel de evidencia II b:** La utilidad/eficacia está menos establecida por la evidencia/opinión

**Nivel de evidencia III:** Evidencia o acuerdo general en que el tratamiento no es útil/efectivo y en algunos casos puede ser perjudicial



## **Bibliografía que respalda el nivel de evidencia y recomendación**

1. Haro Samaniego FA. Protocolo quirúrgico en adultos sanos y sistémicamente comprometidos [Tesis en Internet]. Quito: Universidad de las Américas; 2015. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/3949/1/UDLA-EC-TOD-2015-39%28S%29.pdf>
2. Tebres J, Yépez F, Tovar J. Protocolo de atención para el tratamiento oral quirúrgico a pacientes con cardiopatías isquémicas revisión de la literatura. Acta Bioclin [Internet]. 2018 Ene/Jun. [Citado 2 mar 2018]; 8(15):237-47. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/9969/9896>
3. Madrid Las VM. Protocolo a seguir por el profesional y estudiante de odontología con pacientes que están condicionados sistémicamente y cuidados que deben tomarse en cuenta al momento de realizar un tratamiento con el fin de actualizar la ficha clínica del mismo. [Tesis en Internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2012 [citado 08 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/4882/1/T2511.pdf>
4. Duarte Gonzales JR. Manejo quirúrgico de pacientes con enfermedades sistémicas. [Tesis en Internet]. Lima-Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017 [citado 2 mar 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1555/TRAB.S.UF.PROF.%20DUARTE%20GONZALES%2c%20JUAN%20RODRIGO.pdf?>
5. Rodríguez García LP. Manejo odontológico en pacientes con enfermedades Cardiovasculares [Tesis en Internet]. Lima – Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017 [citado 2 mar 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2071/TRABAJO%20ACADEMICO.RODRIGUEZ%20GARCIA%20LIZETH%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Aguilar Yaguana CD. Protocolo de atención odontológica para pacientes con hipertensión arterial que acuden a la sede Colón [Tesis en Internet]. Quito: Universidad de la América; 2016 [citado 2 mar 2019]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/5439/1/UDLA-EC-TOD-2016-61.pdf>
7. Forero Jacob ME, Valladares Pérez S. Protocolo para la atención clínica odontológica de pacientes hipertensos [Tesis en Internet]. Santiago de Chile: Universidad del desarrollo; 2013 [citado 2 Mar 2019]. Disponible

En:<https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1844/Protocolo%20para%20alumnos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

8. Aroca Benítez FN. Manejo Odontológico en pacientes diabéticos e hipertensos en el Centro de Salud No. 2 “Las Casas” Quito. [Tesis en Internet]. Ambato, Ecuador: Facultad de la Ciencia de la Salud; 2015 [citado 24 Feb. 2020]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/1811/1/TUAEXCMSP016-2015.pdf>
9. Guía de manejo del paciente con compromiso sistémico [Internet]. San Pedro y San Pablo: Empresa social del estado hospital; 2011 [citado 5 Abr. 2020]. Disponible en: <http://www.eselavirginia.gov.co/archivos/guidamanejodepacienteconcompromisosistemico.pdf>
10. Taboada Pico CM. Protocolos de atención dental en pacientes con diabetes mellitus. [Tesis en Internet]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2010. [Citado 2 Mar 2019]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/174/1/TUAODONT007-2010.pdf>
11. Castro Carreño CJ. Protocolo del Manejo Odontológico de Pacientes con Hepatopatías. [Tesis en Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014 [citado 13 Mayo 2019]. Disponible en: [http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5777/1/CASTROcint\\_hia.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5777/1/CASTROcint_hia.pdf)
12. Arieta K. "Manejo del Paciente Cardiológico Previo a Procedimientos Odontológicos [Internet]. Montevideo. Uruguay: Cardiomil; 2013 [Citado 2 mar 2018]. 8p. Disponible en: [https://www.academia.edu/8246204/Manejo\\_del\\_Paciente\\_Cardiolo%C3%B3gico\\_Previo\\_a\\_Procedimientos\\_Odontolo%C3%B3gicos](https://www.academia.edu/8246204/Manejo_del_Paciente_Cardiolo%C3%B3gico_Previo_a_Procedimientos_Odontolo%C3%B3gicos)
13. Gavilanes Torres SA. Manejo Clínico Estomatológico en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. [Tesis Doctoral]. México: Universidad de Guayaquil; 2016 [citado 08 Mar 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/18827>

14. Moreno Rojas S. Guía de práctica clínica en salud oral paciente con compromiso sistémico [Internet]. Bogotá: Secretaria Distrital de salud; 2010[citado 2 mar 2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/2611469-Guia-de-practica-clinica-en-salud-oral-paciente-con-compromiso-sistemico.html>
- Fuente de recomendaciones cardiología**
15. Silvestre Donat FJ, Miralles Jordá L, Tamarit Santafé C, Gasco Ricos R. Manejo clínico odontológico del paciente con cardiopatía isquémica: actualización. Medicina Oral [internet]. 2002 may-jun [citado 2 mar 2018]; 7(3):222-30. Disponible en:[http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv7\\_i3\\_p222.pdf](http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv7_i3_p222.pdf)
16. Cedeño Salazar AC. Factores que inciden en el manejo de los pacientes con cardiopatías que requieren terapia endodóntica en la clínica integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, periodo 2013; Protocolo de atención. [Tesis en Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014 [Citado 2 Mar 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5169/1/CEDE%C3%91Oandrea.pdf>
17. Veloz Toala MV. Tratamiento odontológico a pacientes con prótesis valvular cardiaca. [Tesis Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2014 [citado 2 mar 2018]. Disponible en:<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6601/1/VELOZmarcelo.pdf>
18. Cáceres Lóriga FM, Ramírez Hernández RA. Protocolo de tratamiento de la cardiopatía isquémica en la atención primaria de salud Rev. cubana farm[Internet]. 2002[citado 2 mar 2019]; 36(1):69-72. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152002000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152002000100010)
19. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García Reinaldo et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev. Cubana med [Internet]. 2017 Dic. [Citado 5 Abr. 2020]; 56(4): 242-321. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232017000400001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000400001&lng=es).
20. Ciria González C, Prado Mera A, Castañer Roch E, Espinosa González L, Bastarrechea Millían M. Extracciones dentarias sin modificar la terapia

- anticoagulante en pacientes con enfermedad cardiovascular. Rev. Cuban Cardiol [Internet]. 2018 [citado 9 Mayo 2019]; 24(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/796>
21. Delgado Zamora M, González Docando YE, Torres Garriz LI, Guerra Pina MO, Hernández Mayoz LJ, González Docando RM. Procedimientos dentales, cardiopatía y endocarditis infecciosa. MEDICIEGO [internet]. 2016 [citado 2 mar 2019]; 22 (3). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/651/1014>
22. Rodríguez-Campos LF, Ceballos-HernándezH, Bobadilla-Aguirre A. Profilaxis antimicrobiana previa a procedimientos dentales. Situación actual y nuevas perspectivas. Acta PediatrMéx [internet]. 2017 sep.-oct. [Citado 2 mar 2019]; 38(5):337-350. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912017000500337](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912017000500337)
- Fuente de recomendaciones endocrinología**
23. Díaz Díaz O. Programa Nacional de Diabetes. [Internet]. 2010 Nov. [Citado 2 mar 2019]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/programa\\_nacional\\_de\\_diabetes.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/programa_nacional_de_diabetes.pdf)
24. Guía de práctica clínica diabetes tipo II. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011.
25. Nazar JC, Bastidas EJ, Zamora HM, Coloma DR, Fuentes HR. Manejo Perioperatorio de Pacientes con Patología Tiroidea y Tratamiento Crónico Con Corticoides. Rev. ChilCir [Internet]. 2016 Feb. [Citado 2 Mar 2019]; 68 (1):87-93. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v68n1/art16.pdf>
26. Ruiz Gutiérrez A del C, Soto Chávez AA, Yerena Barrón BL, Robles Gómez C, Martínez Rodríguez VM del C. Tratamiento odontológico interdisciplinario en un paciente con alteraciones tiroideas. Reporte de caso. Rev Mex de Period [Internet]. 2012 Ene-Abr [citado 2 Mar 2019]; 3 (1) .Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2012/mp121g.pdf>
27. Mesa J, Falcón de Legal E, Velasco García E, Salud Jiménez J. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev de la

- ALAD [Internet].2019 [citado 2 Mar 2020].Disponible en:  
[https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191\\_guias\\_alad\\_2019.pdf](https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf)
28. Hampe AH, Maripo EA, Pantoja R. Manejo Estomatológico del Paciente Diabético. Revista Dental de Chili [internet]. 2000 [citado 2 mar 2019]; 91(2):31-36. Disponible en:  
[repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123454/villanueva2000.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123454/villanueva2000.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
29. Cusinga Del Carpio Maribel. Manejo odontológico del paciente con alteraciones tiroideas. [Tesis en Internet]. Lima – Perú: UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA; 2019. [Citado 2 Mar 2019]. Disponible en:  
[http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4265/TRABACA\\_DEMICO\\_CUSINGA\\_MARIBEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4265/TRABACA_DEMICO_CUSINGA_MARIBEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

#### **Fuente de recomendaciones hematología**

30. Hermida Franco YA. Protocolo de atención a pacientes hemofílicos en cirugía bucal en el Hospital del niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante. [Tesis internet].Guayaquil: Universidad de Guayaquil Facultad Piloto de Odontología; 2014 [citado 2 mar 2019]. Disponible en:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6176/1/HERMIDAYamile.pdf>
31. Ripollés de Ramón J, Gómez Font R, Muñoz-Corcuera M, Bascones Martínez A. Actualización en los protocolos de extracción dental en pacientes anticoagulados. Av. en Odontoestomatol [internet]. 2012 dic. [Citado 2 mar 2019]; 28 (6):311-320. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852012000600006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000600006)
32. López Riquelme P. Características clínicas y manejo de los pacientes con anemia en el servicio de urgencias de un hospital general. [Tesis en internet]. Madrid-España: Universidad Complutense de Madrid; 2017 [citado 2 mar 2019]. Disponible en:  
<https://eprints.ucm.es/44337/1/T39160.pdf>
33. Coral Coronel A, Ávalos Arenas V, Frago Rios R, CuairanRuidiaz V. Síndrome Blue RubberBleb Nevus. Reporte de un caso: Manejo estomatológico. Oral [internet]. 2015 dic. [Citado 2 mar 2019]; 16(52)1297-1300. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2015/ora1552h.pdf>

34. Bedolla-Gaxiola HA, Hernández-Molinar Y. Tratamiento estomatológico de los pacientes con Púrpura de Henoch-Schönlein. Oral [internet]. 2018 mayo-ago [citado 2 mar 2019]; 19(60): 1609-1614. Disponible en:<https://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2018/ora1860f.pdf>
35. Sanz Alonso J, Buesa Báñez JM, Ruiz Sáenz PL, Martínez Rodríguez N, Martínez González JM. Consideraciones odontológicas en los pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática. Científica dental: Revista científica de formación continuada [internet]. 2017 [citado 2 mar 2019]; 14(2): 29-33. Disponible en:<https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol14num2/purpura.pdf>
36. Caicedo MV, Raffan-Sanabria F, Duarte-Romero M. Manejo perioperatorio del paciente hemofílico. Revista Mexicana Anesteseología [internet]. 2009 jul-sep [citado 2 mar 2019]; 32(3): 177-185. Disponible en:<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2009/cma093f.pdf>
37. Carbonell Rodríguez R. Pulpotomía con electrocauterio en pacientes con hemofilia A. Reporte Clínico. [Tesis en internet]. Lima-Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2017 [citado 2 mar 2019]. Disponible en:[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6133/Carbonell\\_rr.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6133/Carbonell_rr.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
38. Álvarez Palacios FS, Llanos Quilli FP. Revisión Bibliográfica Y Presentación De Un Caso: Síndrome De Marfán. Rev. Fac. Cienc. Méd. [internet]. 2016 [citado 2 mar 2019]; 34 (1): 65-75. Disponible en:<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/970/868>
39. Guarnieri CL, Patuzzi E, JobimJardim J, Barbachan Silva B. Manejo odontológico da Síndrome de Rendu-Osler-Weber: relato de caso. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. [internet]. 2016 [citado 2 mar 2019]; 70(3):256-9. Disponible en: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762016000300005&script=sci\\_arttext](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762016000300005&script=sci_arttext)
40. Casas CP, Urrea FC, Solano MH, Sabogal MA. Manejo integral hematológico-odontológico en trombostenia de Glanzmann. Acta Médica Colombiana [internet]. 2015[citado 2 mar 2019]; 40(1): 58-61. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482015000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482015000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

41. Lessa Fon B, Franco Castello Branco ML, Lima Brito S, Vasconcelos Lima AL, TrindadeFilho EM, Pachêco de Oliveira A. Atendimento odontológico em paciente portador de coagulopatía congênita: Relato de caso. Rev. Da ACBO [internet]. 2018[citado 2 mar 2019]; 27(1):1-8. Disponible en: <http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/343/444>
42. Albuquerque Silva C. Manejo Odontológico De Pacientes Com Síndrome De Ehlers-Danlos Tipo Hiper movilidad: Relato De Caso. Natal-Rn [internet]. 2017 [citado 2 mar 2019]. Disponible en: <https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/4865/1/%5B2017.1%5D%20Manejo%20odontol%C3%B3gico%20de%20pacientes%20com%20s%C3%ADndrome%20de%20Ehlers-Danlos%20tipo%20hipermobildade%20relato%20de%20caso.pdf>
43. Manual para el Manejo Odontológico de Pacientes con Hemofilia y Von Willebrand [internet]. Salta: Ministerio de Salud Pública de la Provincia Salta; 2013 [citado 2 mar 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000531cnt-manual-manejo-pacientes-con-h-vw-terminado.pdf>
44. Grandas Ramírez AL. Niños con hemofilia y su atención odontológica por estomatología pediátrica. Revisión de la literatura. Univ.Odontol. [Internet]. 2016 Ene-Jun. [Citado 2 mar 2019]; 35(74):113-126. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/17212/13724>
45. Mendoza Ordoñez S, Loayza Urcia N, Trujillo Cerna M, Herrera Cunti C, Yanac Avila R, Ormeño Apaza W et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de hemofilia en el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud). An. Fac. med. [Internet]. 2018 Ene [citado 08 Mar 2019]; 79(1): 83-93. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832018000100015&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832018000100015&lng=es)
46. Rebolledo Cobos ML, Bermeo Serrato S. El paciente hemofílico: consideraciones clínicas y moleculares de importancia para el odontólogo. Rev. Cubana de Estomatología [Internet]. 2019[citado 08 Mar 2019]; [56\(3\)](#).

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-75072019000300014&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072019000300014&lng=es&nrm=iso)

47. Cano Franco MA, Ortiz Orrego GE, González Ariza SE. Cuidado odontológico de pacientes con trastornos hereditarios de la coagulación Rev. CES Odont [Internet]. 2017 [citado 08 Mar 2019]; 30(1): 30-40. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v30n1/v30n1a04.pdf>
48. Solís González S, Melero Alarcón C, Montañés de la Fuente A, Ramírez Martínez Acitores L, López Pintor Muñoz RM, Hernández Vallejo G. Consideraciones en el tratamiento dental del paciente con trastornos de la coagulación. REDOE [Internet]. 2017 [citado 08 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=263>
49. Brewer A. Tratamiento Odontológico de Pacientes con inhibidores del factor VIII o factor IX [Internet]. Canadá: Federación Mundial de Hemofilia, 2008 [citado 08 Mar 2019]. Disponible en: <https://www1.wfh.org/publication/files/pdf-1201.pdf>
50. Echavarría García AC, Pozos Guillén A, Tejeda Nava F, Flores Arriaga JC, Garrocho Rangel A. PediatricDentistryPostgraduateProgram, FacultyofDentistry, San Luis PotosiUniversity, San Luis Potosí, SLP, México. Odovtos - International Journal of Dental Sciences [Internet]. 2020 [citado 08 Mar 2019]; 22(1). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/view/36213/36821>
51. Botelho Gazzinelli L, Ferreira Gonçalves C, Valente Soares Júnior LA, Da Silva Santos PS. Manejo Odontológico Em Crianças Com Leucemia Aguda Sob Tratamento Antineoplásico. Rev Uningá, Maringá [Internet]. 2018 [citado 08 Mar 2019]; 55(1):121-133. Disponible en: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/28/1643>
52. Vieira de Araújo MA, Lima dos Santos IL, Correia Chaves F, Ferreira Filho JL. Atendimento odontológico em pacientes com anemia falciforme. RGO [Internet]. 2013 [citado 08 Mar 2019]; 61(Supl-0):505510. Disponible en: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/joac/article/viewFile/1680/1391>
53. Meléndez Ruiz R. Guía de Tratamiento Quirúrgico para pacientes con Coagulopatías Clasificación Tratamiento [Tesis en Internet]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017 [citado 08 Mar 2019]. Disponible en:



<http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1336/TRABAJO%20DE%20SUFICEINCIA%20RIBERTH%20MELENDEZ%20RUIZ.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

54. Alcedo Tucto MN. Manejo Odontológico del paciente con Alteraciones en el proceso de coagulación [Tesis en Internet]. Lima-Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2019[citado 08 Mar 2019]. Disponible en: [http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4677/TRACADEMICO\\_ALCEDO\\_MAGALI.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4677/TRACADEMICO_ALCEDO_MAGALI.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

#### **Fuente de recomendaciones nefrología**

55. Gavilanes Torres SA. Manejo Clínico Estomatológico en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. [Tesis Doctoral]. México: Universidad de Guayaquil; 2016[citado 08 Mar 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/reduq/18827>
56. Rebolledo-Cobos M, de la Cruz-Villa A, Ibarra-Kammerer R, Hernández-Miranda K. Hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica: repercusiones estomatológicas, una revisión. Av Odontoestomatol [Internet]. 2018 Jul-Ago[citado 08 Mar 2019]; 34(4). Disponible en: [https://pdfs.semanticscholar.org/baef/7109163a268a70d2c05724aef4f0fd6f7570.pdf?\\_ga=2.176970221.915933956.1589212356-219965310.1521219097](https://pdfs.semanticscholar.org/baef/7109163a268a70d2c05724aef4f0fd6f7570.pdf?_ga=2.176970221.915933956.1589212356-219965310.1521219097)
57. Vizuete Bolaños MX, Dona Vidale MA, Gordon Navarrete DP, Sempertegui Jácome DA, Sosa Carrero MÁ, Singo Salazar CA. Estado de salud bucal en pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento con hemodiálisis. Rev. Odont. Mex [Internet]. 2018 Dic [citado 13 Mayo 2019]; 22(4): 206-213. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-199X2018000400206&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2018000400206&lng=es).
58. Acosta CMG. La enfermedad periodontal y su relación con la enfermedad renal. Oral [Internet]. 2015[citado 13 Mayo 2019]; 16(50):1214-1217. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2015/ora1550g.pdf>
59. Lovera Prado K, Delgado Malina E, Berini Aytés L, Gay Escoda C. El paciente con insuficiencia renal en la práctica odontológica. RCOE [Internet].

2000[citado 13 Mayo 2019]; 5(5): 521-531.Disponible en:  
<https://core.ac.uk/download/pdf/16206761.pdf>

60. Ruiz Albán NA. Guía de acciones en el manejo odontológico de pacientes con insuficiencia renal [Tesis en internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014[citado 13 Mayo 2019]. Disponible en:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6390/1/RUIZnataly.pdf>

#### **Fuente de recomendaciones oncología**

61. Rocha Buelvas A, Jojoa Pumalpa A. Manejo odontológico de las complicaciones orales secundarias al tratamiento oncológico con quimioterapia y radioterapia. Rev. CES Odont [Internet]. 2011 [citado 13 Mayo 2019];24(2)71-78.Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v24n2/v24n2a08.pdf>
62. Lanza Echeveste DG. Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico: Parte II. Odontoestomatología [Internet]. 2013 Nov. [citado 13 Mayo 2019]; 15(22): 46-63. Disponible en:  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-93392013000300006&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000300006&lng=es).
63. Caribé Gomes F, ChimenosKüstner E, López López J, Finestres Zubeldia F, GuixMelcior B. Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral. Med Oral [Internet]. 2003[citado 13 Mayo 2019]; 8:178-87. Disponible en:  
[http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv8\\_i3\\_p178.pdf](http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv8_i3_p178.pdf)
64. Pujol Argelagós, Cahuana Cárdenas J, Blanco R. Protocolos de atención odontológica a pacientes pediátricos oncológicos OdontolPediátr [Internet]. 2014 [citado 13 Mayo 2019]; 22(2): 153-161. Disponible en: [https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/08/262\\_22.2.orig4.pdf](https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/08/262_22.2.orig4.pdf)
65. Mora Jiménez D. Consideraciones endodónticas en pacientes sometidos a quimioterapia y radioterapia. Odontología Vital [Internet]. 2017 Dic. [Citado 13 Mayo 2019]; (27): 45-50.Disponible en:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1659-07752017000200045&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752017000200045&lng=en).

66. González Arriagada WA, Santos Silva AR, Carvalho de Andrade MA, Elías Rogério de A, López Marcio A. Criterios de Evaluación Odontológica Pre-Radioterapia y Necesidad de Tratamiento de las Enfermedades Orales Post-Radioterapia en Cabeza y Cuello. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2010 Dic. [citado 13 Mayo 2019]; 4(3): 255-266. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2010000300008&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2010000300008&lng=es).
67. Jáuregui García JM. Pacientes en tratamiento quimioterápico. Manejo en odontología. *REDOE* [Internet]. 2008 [citado 13 Mayo 2019]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=98>
68. Gonzales Fernández NE, Morales Echevarría PP, Frómeta Neira C, Ortiz Benet R, Mestre Cabello JR, Pérez Valerino M, et al. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Diagnóstico y tratamiento del cáncer de cabeza y cuello [Internet]. Cuba: Editorial Ciencias Medicas; 2019 [citado 13 Mayo 2019]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/programa\\_control\\_cancer\\_cuba/programa\\_control\\_cancer\\_cuba.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/programa_control_cancer_cuba/programa_control_cancer_cuba.pdf)
69. García Heredia GL, Osorio Núñez M, Chong Rivas I, Marinello Guerrero JJ, García del Barco Herrera D. Manifestaciones bucales por radioterapia en pacientes geriátricos con cáncer de cabeza y cuello. *Rev. Cubana Estomatol*[Internet]. 2017 [citado 13 Mayo 2019]; 54(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072017000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000400002)
70. Roa Martínez LR. Investigación bibliográfica de protocolos establecidos para atención odontológica en pacientes neoplásicos que reciben quimioterapia y radioterapia. [Tesis en Internet]. México: Universidad de Guayaquil; 2015 [citado 13 Mayo 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18014/1/ROAluis.pdf>

#### **Fuente de recomendaciones neumología**

71. Manual De Manejo De Enfermedades Crónicas No Transmisibles Desde Atención Primaria De Salud Generalidades Clasificación EPOC. [Internet]. Argentina; 2017 [citado 13 Mayo 2019]. Disponible

en:[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000989cnt-2017-08-16\\_manual-cuidado-integral-personas-adultas.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000989cnt-2017-08-16_manual-cuidado-integral-personas-adultas.pdf)

72. Valle Rocha KM. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en paciente masculino de 65 años de edad. [Tesis en Internet]. Ecuador: Universidad de Babahoyo; 2017[citado 13 Mayo 2019]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/2318/C-UTB-FCS-NUT-000015.pdf;jsessionid=7AFCC119B7D697DE2E8D3B825B6E0CFA?sequence=1>
73. Cedeño JA, Rivas N, Tuliano RA. Manejo odontológico del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma bronquial. Acta Odontol Venezolana [Internet]. 2013 [citado 13 Mayo 2019]; 51(2). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art-22/>
74. Fariñas Fuentes G, Fuentes Alcalá ZM, Ortíz Arysmendys I, Beirutty Alayón YS, Cedeño Martínez JA. Prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes fumadores sometidos a procedimientos de cirugía bucal. Acta Odontol Venezolana [Internet]. 2017 [citado 13 Mayo 2019]; 55( 1) : 19-20. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2017/1/art-10/>
75. Aguilar Castillo AP. Farmacología del aparato respiratorio. [Tesis en Internet]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de La Vega; 2017 [citado 13 Mayo 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1516/TRAB.SUF.PROF.%20ANDREA%20PAOLA%20AGUILAR%20CASTILLO.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
76. Soler-Cataluña JJ. Guías de práctica clínica O medicina personalizada en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch de Bronconeumol [Internet]. 2018 [citado 13 Mayo 2019]; 54(5):247–248. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-pdf-S0300289617302934>
77. Ancochea J, Izquierdo Alonso JL, Rodríguez González-Moro JM, García-Río F, Soler-Cataluña JJ, Montemayor Rubio T, et al. Diagnóstico, estratificación, tratamiento y seguimiento de los pacientes con EPOC en función de su complejidad: proyecto Expert Meeting. Monogr Arch Bronconeumol [Internet]. 2017 [citado 13 Mayo 2019]; (4):87-94. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e6e6/fc360be73c7c10f7c0ed39105e182e4>

[e89dd.pdf?\\_ga=2.262855948.1633456214.1589463662-219965310.1521219097](https://www.revistadepatologiarespiratoria.org/descargas/pr_19-2_37-43.pdf?_ga=2.262855948.1633456214.1589463662-219965310.1521219097)

78. Rodríguez Guzmán MJ, Villar Álvarez F, Pérez Warnisher MT, Álvarez Suárez L, Martínez Carranza R, Peces-Barba Romero G. Reclasificación de la gravedad de la EPOC en función de las guías GOLD y GesEPOC en pacientes hospitalizados por una agudización. Rev. de Patol Respir [Internet]. 2016 [citado 13 Mayo 2019]; 19(2): 37-43. Disponible en:[https://www.revistadepatologiarespiratoria.org/descargas/pr\\_19-2\\_37-43.pdf](https://www.revistadepatologiarespiratoria.org/descargas/pr_19-2_37-43.pdf)

#### **Fuente de recomendaciones gastroenterología**

79. Zea Medina MV, González Huevo MS, Mondragón Sánchez R. Riesgo quirúrgico en el paciente con hepatopatía. Rev. Gastroent Méx [Internet]. 2006 [citado 13 Mayo 2019]; 71(2):184-91. Disponible en:<http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-X0375090606237285>
80. Castro Carreño CJ. Protocolo del Manejo Odontológico de Pacientes con Hepatopatías. [Tesis en Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014 [citado 13 Mayo 2019]. Disponible en:[http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5777/1/CASTROcint\\_hia.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5777/1/CASTROcint_hia.pdf)
81. Fajardo Espinales DO. Manejo odontológico en pacientes con insuficiencia hepática. [Tesis en Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2016 [citado 13 Mayo 2019]. Disponible en:<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18809/1/FAJARDODiego.pdf>

## **ANEXOS DEL PROTOCOLO**

**Anexo 1.** Modelo de registro de especificaciones adicionales para la historia clínica del paciente de riesgo quirúrgico

Interrogatorio				Riesgo
General				
1	Enfermedad/es que padece			
2	Edad			
3	Tiempo que se le diagnosticó la enfermedad			
4	Medicamento/s que toma para la enfermedad/es			
5	Frecuencia de dosis			
6	Tiempo que está tomando estos medicamentos			
7	¿Cumple con el tratamiento para su enfermedad sistemáticamente?	Si	No	
8	Última evaluación por su médico de base			
9	¿Se ha descompensado o sufrido crisis por su enfermedad recientemente?	Si	No	
10	¿Ha sido hospitalizado por la enfermedad recientemente?	Si	No	
Preguntas específicas por especialidades				
Hematológicas: Hemofilia				
11	¿Ha desarrollado inhibidores?	Si	No	
Nefrológicas: insuficiencia renal crónica				
12	¿Qué tipo de tratamiento de sustitución de la función renal se realiza?			
13	Última sesión realizada de estos tratamientos			
14	Frecuencia			
Oncológicas:				
15	¿Recibe tratamiento de quimioterapia?	Si	No	
16	¿Recibe tratamiento de radioterapia?	Si	No	
17	Tiempo de finalizado el tratamiento de quimioterapia			
18	Tiempo de finalizado el tratamiento de radioterapia			
19	Sitio topográfico que se irradia			
20	¿Recibe tratamiento con bifosfonatos?	Si	No	
Estomatología				
¿Se ha realizado alguna exodoncia?		Si	No	
21	¿Ha tenido alguna complicación?	Si	No	
En caso de respuesta afirmativa				
22	¿Hemorragia?	Si	No	
23	Duración de la misma			
24	¿Cómo remitió?			
25	¿Cumplió con las medidas orientadas por el	Si	No	

	estomatólogo para prevenir sangrados?			
26	Dolor	Si	No	
27	¿Asistió a la consulta estomatológica por dicho síntoma?	Si	No	
28	Tratamiento indicado			
29	¿Cumplió con las medidas orientadas por el estomatólogo para prevenir el dolor?	Si	No	
Inspección				
Examen Físico general				
30	Índice de masa corporal			
31	Extrema delgadez	Si	No	
Examen Físico regional				
32	Coloración de la cara y/o mucosas			
33	Aliento			
Otros exámenes				
34	Tensión arterial			
35	Pulso arterial o frecuencia cardíaca			
36	Ritmo	regular o rítmico	irregular o arrítmico	
37	Frecuencia respiratoria	Adecuada	Inadecuada	
Complementarios				
Tener en cuenta algunos complementarios que el paciente se haya realizado recientemente. A continuación algunos exámenes útiles según enfermedad sistémica.				
Enfermedades cardiovasculares, hematológicas, digestivas:				
38	Hemograma con diferencial, Coagulograma, TP (tiempo de protrombina), INR (Índice normalizado internacional)			
Nefropatías:				
39	Coagulograma, Creatinina, Hemograma, PT, TPT, (Tiempo parcial de tromboplastina), Serología, Virus Hepatitis C.			
Diabetes:				
40	Hemoglobina Glicosilada, Glicemia			

Yo \_\_\_\_\_

Declaro la veracidad de todos los datos registrados.

Firma del paciente \_\_\_\_\_



**Anexo 2.** Instructivo para el llenado del modelo de registro de especificaciones adicionales para la historia clínica del paciente de riesgo quirúrgico.

Se explica cómo responder las preguntas y declarar el riesgo por cada respuesta.

Columna uno: aparece la numeración de las preguntas, los cuales se deben tener en cuenta para seleccionar los aspectos claves según la enfermedad del paciente.

Columna dos: aparecen las preguntas a realizar, las cuales están separadas por subtítulos:

- Interrogatorio, que se realizará de manera general para todas las enfermedades y específicas por especialidades médicas.
- Inspección, que se realizará con un examen físico general y regional.
- Otros exámenes.
- Complementarios.

Columnas tres y cuatro: para encerrar en un círculo las respuestas sí o no, que estarán unidas cuando la respuesta no esté en las categorías previas.

Columna cinco: será para marcar con una cruz (x) si la respuesta es considerada de riesgo según el instructivo.

Al finalizar de completar el modelo, se sumarán las respuestas de riesgo de los aspectos claves señalados en los algoritmos de forma numérica, según enfermedad y se determinará el riesgo de cada paciente. Cuando todas las respuestas o más del 50 por ciento sean de riesgo, el paciente será considerado de riesgo, mientras que cifras menores a estas el paciente será considerado de menor riesgo.

Será considerado de importante riesgo los pacientes con las siguientes condiciones:

- Tensión arterial superior a 160/100 mm/Hg.
- Paciente con menos de seis meses infartado
- Paciente hemofílico que ha desarrollado inhibidores
- Paciente en tratamiento de hemodiálisis.
- Paciente en tratamiento de radiaciones, quimioterapia o tratado con bifosfonatos.

Interrogatorio:

General

1. Enfermedad que padece: se expondrá la enfermedad o enfermedades que padece el paciente, considerándose de riesgo el que posee más de una enfermedad.
2. Edad: se expondrá la edad y se considerará de riesgo lo que sean mayores de 60 años.

3. Tiempo que se le diagnosticó la enfermedad: se colocará el año en que se diagnosticó la enfermedad y se considerará de riesgo el que tenga más de 10 años de evolución de la enfermedad.
4. Medicamento/s que toma para la enfermedad: se colocará solo los medicamentos que toma para la enfermedad de riesgo identificada en el primer punto, se considerará de riesgo cuando el paciente ingiere más de dos medicamentos.
5. Frecuencia de dosis: se expondrá la frecuencia del uso del medicamento y se considerará de riesgo cuando el paciente utilice el medicamento más de una vez al día.
6. Tiempo que está tomando estos medicamentos: se expondrá en años y se considerará de riesgo cuando el paciente lleve más de 10 años usando el medicamento.
7. Cumple con el tratamiento para su enfermedad sistemáticamente: se responderá sí o no y se considerará de riesgo cuando responde que no.
8. Última evaluación por su médico de base: se expondrá en días y tendrá riesgo el que lleve más de 60 días sin ser evaluado por el médico.
9. Se ha descompensado o sufrido crisis por su enfermedad recientemente, se considerará reciente menos de 30 días a la fecha, será de riesgo si responde sí.
10. Ha sido hospitalizado por la enfermedad recientemente: se responderá sí o no, será de riesgo el que se haya sido hospitalizado por la enfermedad identificada en el aspecto uno en menos de 30 días.

Interrogatorio específico por especialidades

Hematológicas: Hemofílico

11. ¿Ha desarrollado inhibidores? Los pacientes pueden desarrollar anticuerpos contra el factor VIII (inhibidores del factor VIII)  
Responderá sí o no, se considerará de riesgo la respuesta sí.

Nefrológicas: insuficiencia renal crónica

12. ¿Qué tipo de tratamiento de sustitución de la función renal se realiza? escribir cual se realiza: Diálisis Peritoneal o Hemodiálisis, será de riesgo cuando se realiza hemodiálisis porque se usa la heparina y hay cambios hemodinámicos.
13. Última sesión realizada de los tratamientos anteriores, declarar el tiempo transcurrido de la última sesión, se valorará de riesgo cuando el paciente tiene menos de cinco horas de realizada la misma.
14. Frecuencia, declarar la frecuencia con que se realiza la diálisis peritoneal debe ser diaria y hemodiálisis cuatro horas tres veces a la semana, será de riesgo el paciente que recibe la hemodiálisis.

#### Oncológicas:

15. ¿Recibe tratamiento de quimioterapia? declarar sí o no, riesgo la respuesta si
16. ¿Recibe tratamiento de radioterapia? declarar sí o no, riesgo la respuesta si
17. Tiempo de finalizado el tratamiento de quimioterapia. Se expresará en meses a partir de la última sesión, poseerá riesgo, cuando es menor a 12 meses.
18. Tiempo de finalizado el tratamiento de radioterapia. Se expresará en meses a partir de la última sesión, poseerá riesgo, cuando es menor a 12 meses.
19. Sitio topográfico que se irradia. Declarar zona, riesgo en zona de cabeza y cuello.
20. ¿Recibe tratamiento con bifosfonatos? marcar sí o no, riesgo la respuesta sí.

#### De estomatología:

- ¿Se ha realizado alguna exodoncia? Marcar sí o no
21. ¿Ha tenido alguna complicación? Marcar sí o no, riesgo respuesta sí

#### En caso de respuesta afirmativa

22. Sangrado. Marcar sí o no. Riesgo respuesta sí
23. Duración de la misma, declarar tiempo de la misma, más de una hora, se considerará riesgo.
24. Cómo remitió, si fue espontáneamente, si tuvo que asistir a consulta. Riesgo, si tuvo que asistir a la consulta.
25. Cumplió con las medidas orientadas por el estomatólogo para prevenir hemorragias. Responder sí o no, interrogando por todas las medidas orientadas: mantuvo la gaza mordida media hora, hizo buches, fumó, se acostó antes de las 6 horas de realizada la extracción, tomó aspirina. Si cumpliendo todas estas medidas, tuvo sangrado, se considera de riesgo.
26. Dolor: Marcar sí o no. Riesgo respuesta sí.
27. Asistió a la consulta estomatológica por el mismo. Marcar sí o no, riesgo respuesta sí.
28. Tratamiento indicado. Colocar si hubo cura local, tratamiento farmacológico o ambas. Se considera riesgo cualquier tratamiento indicado.
29. Cumplió con las medidas orientadas por el estomatólogo para prevenir hemorragias. Responder sí o no, interrogando por todas las medidas orientadas: mantuvo la gaza mordida media hora, hizo buches, fumó. Si cumpliendo todas estas medidas, presentó dolor, se considera de riesgo.

#### Inspección

##### Examen Físico general

30. Índice de masa corporal. Se determina el índice según talla, paciente obeso, mayor riesgo.
31. Extrema delgadez. Colocar sí o no, riesgo respuesta si

##### Examen Físico regional (Cara y mucosa bucal)

32. Coloración de la cara y mucosas: colocar la coloración que presenta:

- color azulado o cianótico en la insuficiencia cardíaca o respiratoria.
- color amarillo en piel y mucosas, procesos hepáticos.
- pigmentaciones, típicas de ciertas endocrinopatías.
- palidez de piel y mucosas, en los pacientes con anemia.
- petequias, equimosis, angioma en araña, teleangiectasias en piel y mucosas, manifestaciones de enfermedades hematológicas.

Cualquiera de estas descritas se considera de riesgo.

33. Aliento. Se podría ubicar uno de estos:

- el olor a acetona: en pacientes diabéticos.
  - amoníaco: asociado con la insuficiencia renal crónica.
  - desagradable olor a putrefacción: pacientes con infecciones pulmonares.
  - olor mohoso y dulzón, distinguido por aromas fétidos, dulzones y rancios: en enfermedades digestivas atribuidos a la acumulación de elementos de desecho metabólico en sangre. La halitosis solo se presenta en casos avanzados cuando el hígado presenta serias deficiencias para desintoxicar el contenido sanguíneo.
- Cualquiera de estos descritos se considera de riesgo.

Otros exámenes

34. Tensión arterial. Colocar la tensión arterial, riesgo mayor de 130/90 mmHg

Clasificación de las cifras de PA en adultos CATEGORÍA	Sistólica(mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Normal		
Óptima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión		
Grado 1 (leve)	140-159	90-99
Grado 2(moderada)	160-179	100-109
Grado 3 (severa)	≥180	≥110
HTA sistólica aislada	≥140	<90

Fuente: Gutarravelita PC. Farmacología de la hipertensión arterial [tesis de especialidad en Internet]. Lima, Perú: Universidad Inca Garcilaso; 2017 [citado 15 Jun 2019]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/230596767.pdf>

Rodríguez Natividad ME, Tuano Condori DJ. Caracterización de interacciones medicamentosas en pacientes hospitalizados con patologías cardiovasculares del “Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud”, periodo julio - noviembre del 2017 [tesis de especialidad en Internet]. Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener. Facultad de Farmacia y Bioquímica; 2018 [citado 15 Jun. 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2080/TITULO%20-%20Doris%20Janeth%20Tuano%20Condori.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

35. Pulso arterial o frecuencia cardíaca: colocar pulso arterial, 70 pulsaciones o latidos por minuto (pul/min), en adulto normal en reposo. Su aumento se conoce como taquicardia, su disminución bradicardia. Pulsos  $\leq$  a 50 pul/min o  $\geq$ 120 pul/min de riesgo, requieren necesariamente interconsulta médica, previa a la atención del paciente.

36. Ritmo: marcar regular o rítmico o irregular o arrítmico: cuando el latido tiene intervalos iguales; irregular o arrítmico, cuando los intervalos no tienen regularidad y es de riesgo, se requiere evaluación médica.

37. Frecuencia respiratoria: marcar Adecuada o Inadecuada.

Se realiza preferiblemente por observación física de la parte superior del abdomen, o expansión de la caja torácica sin que el paciente sea consciente que se están midiendo su frecuencia. Adecuada: 15 a 20 respiraciones por minuto. De riesgo (Inadecuada) mayor de 20 (taquipnea) menor de 15 (bradipnea)

### **Complementarios**

Tener en cuenta algunos complementarios que el paciente se haya realizado recientemente. A continuación, algunos exámenes útiles según enfermedad sistémica. Los resultados, cambian según la tecnología que tenga el laboratorio que realiza los exámenes y dependen de los valores referenciales, se consideraran los resultados de riesgo aquellos que las cifras no estén dentro de los parámetros que a continuación se muestran.

Enfermedades cardiovasculares, hematológicas, gastrointestinales:

38. Hemograma con diferencial, Coagulograma, TP (tiempo de protrombina), INR (Índice normalizado internacional) TP testigo elevado al ISI (índice de Sensibilidad Internacional).

En 1983, la OMS recomendó la estandarización del tiempo de protrombina introduciendo el INR (International Normalized Ratio Índice normalizado internacional). En la siguiente tabla, se resumen los niveles terapéuticos de anti coagulación, que el estomatólogo puede tener en cuenta si debe intervenir un paciente con alguno de estos eventos y decidir con el médico si se puede mantener o no la terapia anticoagulante, de acuerdo con el riesgo de la cirugía que deberá ser valorada por el estomatólogo, según su criterio clínico. Se debe solicitar al paciente que se le realice una determinación del INR actual, lo ideal sería realizarla en el mismo día de la exodoncia, pero se admiten valores de INR que no superen las 72 horas de antigüedad. El rango de INR apropiado para realizar el procedimiento dental oscila de 2 a 4, aunque es ampliamente aceptado que el valor óptimo es 2,5, porque este valor minimiza el riesgo de sangrado y trombosis.

Procedimientos viables según valores de INR - (International Normalized Ratio)

INR	Procedimiento
<2,0	Cirugía bucal y periodontal.
2,0-2,5	Exodoncia simple.
3,0	Operatoria dental, prótesis.
>3,0	Evitar cualquier procedimiento.

Fuente: Renton T, Woolcombe S, Taylor T, Hill CM. Oral surgery: part 1. Management of the medically compromised dental patient. *BDJ* [Internet]. 2013 [citado 15 Jun. 2019]; 215:213-223. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2013.830#citeas>

Nefropatías:

39. Coagulograma, creatinina, Hemograma, PT, TPT, (Tiempo parcial de tromboplastina) Serología, Virus Hepatitis C.

Perfil de coagulación

Recuento Plaquetario: que mide la cantidad de plaquetas y cuyo valor normal varía entre 150.000 a 400.000 x mm<sup>3</sup>.

Tiempo de sangría: permite conocer la calidad de las plaquetas en su función hemostática y su tiempo normal es 1 a 5 min.

Retracción del coágulo: Mide el funcionamiento plaquetario y el mismo se inicia a los 30 minutos y debe finalizar a las 24 horas.

Tiempo de coagulación: Mide el proceso total de la hemostasia y su tiempo normal va de 4 a 10 min.

TPT: tiempo de tromboplastina parcial. Mide la vía intrínseca de la coagulación de 25 a 35 segundos.

TP: tiempo de protombina. Mide la vía extrínseca 10 a 15 segundos.

TT: tiempo de trombina. Mide la última fase de la coagulación, es decir la transformación del fibrinógeno en fibrina entre 9 a 13 segundos.

Fibrinógeno: Factor esencial para la coagulación y cuyo valor normal está entre 200 y 400mgs. Factor XIII: debe de estar presente

Prueba de laboratorio	Valoración	Valores
Tiempo de sangrado	Plaquetaria y vascular	1-6 minutos
Recuento plaquetario	Fase plaquetaria	140000- 400000/mm <sup>3</sup> Hemorragias ≤ 5000/mm <sup>3</sup>
Tiempo de protombina	Vía intrínseca y común	11- 15 segundos
Tiempo de tromboplastina parcial activado	Vía intrínseca y común	25- 35 segundos
Tiempo de trombina	Coágulo inicial	9- 13 segundos de fibrinógeno

## Diabetes:

40. Entre los diabéticos, los niveles de glucosa en sangre aumentan y la glucosa se adhiere a la molécula de hemoglobina de manera dependiente de la concentración. La prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) es un examen de sangre para la diabetes tipo 2 y prediabetes, mide el nivel promedio de glucosa o azúcar en la sangre durante los últimos tres meses, se usa como principal herramienta para el manejo y ajuste de tratamiento en el paciente diabético, es útil para la prevención y retraso de las posibles complicaciones crónicas. Tiene ventaja entre otras pruebas debido a que no es necesario el estado de ayunas, mayor estabilidad preanalítica y menores variaciones de un día a otro por causa de estrés o enfermedad. Las cifras son consideradas favorables cuando la HbA1c es menor de 7, más de 7 y menos de 10 aceptables y más de 10 afectado. Glicemia normal de 3 a 6,6 mol/l. De riesgo cuando se superan estas cifras.

Hemoglobina Glicosilada. Interpretación de resultados.

< 6 % Hipoglicemia.

6.1 a 8 % Normal.

8.1 a 10 % Excelente control.

10.1 a 12 % Buen control.

12.1 a 14 % Falla en el control.

14.1 a 16 % Zona de peligro.

> 18 % Pésimo control.

Fuente: Miley DD, Terezhalmay GT. The patient with Diabetes Mellitus: Etiology, epidemiology, principles of medical management, oral disease burden, and principles of dental management. *Quintessence Int* [Internet]. 2005 nov-dic [citado 2 mar 2020]; 36(10): 779–795. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16261794/>

Moreno Rojas S. Guía de práctica clínica en salud oral Paciente con compromiso sistémico [Internet]. Bogotá: Secretaria Distrital de salud; 2010 [citado 2 mar 2020]. Disponible en: <https://docplayer.es/2611469-Guia-de-Practica-clinica-en-salud-oral-paciente-con-compromiso-sistemico.html>

Sherwani SI, Khan HA, Ekhzaimy A, Masood A, Sakharkar MK. Significance of HbA1c Test in Diagnosis and Prognosis of Diabetic Patients. *Biomark Insights* [Internet]. 2016 [citado 20 Dic. 2020]; 11:95-104. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4933534/>

Pardo Moreno G, García Cabeza P, Gallego Rubio MÁ, Cachón Rodríguez ML. Control del diabético tipo 2 en atención primaria utilizando un dispositivo de medición capilar de hemoglobina glicosilada. *Medicina General y de Familia* [Internet]. 2019 [citado 20 Dic. 2020]; 8(4): 146-150. Disponible en: [http://mgyf.org/wp-content/uploads/2019/11/MGYF2019\\_044.pdf](http://mgyf.org/wp-content/uploads/2019/11/MGYF2019_044.pdf)

Flores Poveda KA, Quiñones García KJ, Flores Subía DL, Cárdenas Choez CA. Utilidad de hemoglobina glicosilada en diabetes tipo 2. *RECIAMUC* [Internet]. 2020 [citado 20 Dic. 2020]; 4(3):118-26. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/505/765>

**Anexo 3.** Interacciones medicamentosas más frecuentes entre medicamentos usados para la enfermedad cardiovascular y los usados en Estomatología

Medicamento usados para la enfermedad cardiovascular	Fármacos de uso en estomatología	Efecto
Diuréticos	AINES	Disminución de efecto antihipertensivo.
	Aminoglucósidos (gentamicina, kanamicina, amikacina)	Aumentan riesgo de Nefrotoxicidad y ototoxicidad (furosemida)
Betabloqueadores (propranolol, atenolol)	AINES	Disminuye efecto antihipertensivo.
	Epinefrina	Eleva presión arterial.
	Anestésicos locales	Disminuye metabolismo de amidas.
Bloqueadores de canales de calcio (amlodino, diltiazem, verapamil)	Benzodiazepinas (diazepam)	Incrementan sedación.
	AINES	Disminuye efecto antihipertensivo.
	Eritromicina	Aumenta la concentración plasmática del hipotensor (Verapamil y Diltiazem)
	Carbamazepina	-Hipotensión
Bloqueadores de angiotensina II(IECA) (ARA II)	AINES	Disminuye el efecto antihipertensivo
Ácido acetilsalicílico	AINES	-Potencializa el riesgo de hemorragia y de úlcera gastrointestinal.
	Tetraciclinas	-Se incrementa el riesgo de toxicidad del antibiótico.
	Piroxicam, ibuprofeno	-Disminuye el efecto del antiinflamatorio
	Corticoesteroides	-Reduce la concentración plasmática del ácido acetilsalicílico y aumenta el riesgo de úlcera péptica.
Heparina	Ácido acetilsalicílico y AINE Tetraciclinas	Efecto antiagregante plaquetario con mayor riesgo de sangramiento
Acenocumarol y anticoagulantes orales	-Eritromicina, tetraciclinas, amoxicilina, metronidazol, sulfametoxazol y, trimetoprima (cotrimoxazol o sulfaprim)	Potencializan el efecto anticoagulante



	Acido acetilsalicílico y AINE	-Disminuyen el efecto anticoagulante
	Acetaminofén o Paracetamol	Aumenta el riesgo de hemorragias
Digoxina	Tetraciclinas, Eritromicina	-Elevan las concentraciones séricas de digoxina (riesgo de intoxicación digitálica)
	AINES (Ibuprofeno, diclofenaco)	-Aumenta la concentración plasmática de la digoxina.

Fuente: Guía de práctica clínica en salud oral. Paciente con compromiso sistémico [Internet]. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2010 [citado 15 Jun 2019]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20Compromiso%20Sistem%C3%A1tico.pdf> Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA [Internet]. 2003[citado 20 Dic 2020]; 289(19):2560-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20821851/>

#### **Anexo 4. Profilaxis antibiótica**

La profilaxis antibiótica sólo debe emplearse en pacientes con el mayor riesgo de Endocarditis Infecciosa.

1. Pacientes con una válvula protésica o material protésico utilizado para la reparación de la válvula cardiaca
2. Pacientes con Endocarditis Infecciosa previa
3. Pacientes con cardiopatía congénita
  - a. Cardiopatía cianótica congénita, sin cirugía de reparación, o con defectos residuales, cortocircuitos o conductos paliativos
  - b. Cardiopatía congénita con reparación completa con material protésico bien colocado por cirugía o por técnica percutánea, hasta 6 meses después del procedimiento
  - c. Cuando un defecto residual persiste en el lugar de implantación de un material protésico o dispositivo por cirugía cardiaca o por técnica percutánea

Ya no se recomienda la profilaxis antibiótica en otras formas de cardiopatía valvular o congénita.

#### **Procedimientos dentales**

La profilaxis antibiótica debería plantearse para los procedimientos dentales que precisan manipulación de la región gingival o periapical de los dientes o la perforación de la mucosa oral.

La profilaxis antibiótica no se recomienda para las inyecciones de anestesia local en tejido no infectado, la eliminación de suturas, rayos X dentales, colocación o ajuste de aparatos ortodónticos o prótesis removibles. Tampoco se recomienda la profilaxis después de la extracción de dientes deciduos o de traumatismo labial y de mucosa bucal.

Todos los procedimientos dentales que involucren manipulación del tejido gingival o de la región periapical del diente o perforación de la mucosa bucal. Imperativa siempre que se prevea sangrado

Ejemplos:

- Extracciones y cirugía bucal
- Procedimientos periodontales: quirúrgicos, raspado y alisado radicular
- Tratamiento de conductos y cirugía periapical
- Colocación de implantes
- Colocación de hilo retractor de tejidos o fibras con antibióticos dentro del surco

gingival

-Profilaxis dental o de implantes en la que se prevea sangrado

Profilaxis recomendada para procedimientos dentales de riesgo. Dosis única 30-60 min antes del procedimiento

	Antibiótico	DOSIS
Sin alergia a penicilina o ampicilina	Amoxicilina o ampicilina*	2 g P.O. o I.V.
Alergia a penicilina o ampicilina	Clindamicina	600 mg P.O. o I.V.

\* cefalexina 1 g I.V. en adultos. Las cefalosporinas no deberían administrarse en pacientes con anafilaxias, angioedema o urticaria después de la toma de penicilina o ampicilina.

Fuente: Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa. Rev. Esp. Cardiol. [Internet]. 2009 [citado 20 Dic. 2020]; 62(12):1-54 .Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/>  
Rodríguez Campos LF, Ceballos Hernández H, Bobadilla Aguirre A. Profilaxis antimicrobiana previa a procedimientos dentales. Situación actual y nuevas perspectivas. Acta Pediatr Mex México [Internet]. 2017sep-oct [citado 20 Dic 2020]; 38 (5):337-50. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912017000500337](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912017000500337)

### **Pautas de prevención de la endocarditis infecciosa**

Profilaxis general normal:

Adultos: Amoxicilina 2.0 g 1 hora antes del tratamiento estomatológico y por vía oral.

En pacientes que no pueden tomar medicación oral:

Adultos: Ampicilina 2.0 g 30 minutos antes del tratamiento estomatológico y por vía parenteral (intramuscular o intravenosa).

En pacientes alérgicos a la penicilina: Adultos: Clindamicina 600 mg, ó Azitromicina 500 mg o Claritromicina 500 mg, o Cefalexina o Cefadroxil 2 g 1 hora antes del tratamiento estomatológico y por vía oral.

En pacientes alérgicos a la penicilina e incapaces de tomar medicación oral: Adultos: Clindamicina 600 mg 30 minutos antes del tratamiento estomatológico y por vía intravenosa

**Anexo 5.** Dispositivos que puedan desprogramar o bloquear el funcionamiento del marcapaso:

- Electrobisturí
- Electrocoagulación
- Analgesia dental electrónica.
- Radioterapia
- Ultrasonografía
- Cepillo eléctrico
- Localizador de ápices
- Aparatos para tartrectomía y raspado por ultrasonidos.
- Luz halógena
- Evitar el hilo retractor gingival con epinefrina

## **Anexo 6. Pacientes anticoagulados. Terapia antitrombótica y anticoagulante (TAO)**

La base farmacológica para el tratamiento antitrombótico incluye la utilización de fármacos trombolíticos, antiplaquetarios y anticoagulantes. Los fármacos con actividad antitrombótica son la heparina y el acenocumarol. El acenocumarol (sintrom) es el anticoagulante oral más comúnmente prescrito, bloquea la formación de los factores dependientes de la Vitamina K (Vit K), y los agentes antiplaquetarios como el ácido acetil salicílico (AAS), la ticlopidina y el clopidogrel que inhiben la actividad de las plaquetas. Hay dos grandes grupos de agentes anticoagulantes orales que se prescriben comúnmente. El primero, y el más usado, son las cumarinas, que tiene como mayor representante a la warfarina sódica. El segundo grupo de agentes anticoagulantes son antiplaquetarios o antiagregantes plaquetarios. La aspirina, es el fármaco más común que se encuentra en este grupo. Se ha introducido recientemente el grupo llamado "heparinas de bajo peso molecular". El representante más importante es la enoxaparina, seguida por la ardeparina y dalteparina.

Fuente: Rubio-Alonso L.J., Martínez-Rodríguez N., Cáceres-Madroño E., Fernández- Cáliz F. y Martínez-González J.M. Protocolos de actuación con la exodoncia en pacientes geriátricos antiagregados y anticoagulados. *AvOdontoestomatol* [internet]. 2015 may-jun [citado 2 mar 2019]; 31(3):203-213. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852015000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

Los nuevos anticoagulantes bucales (NACOs) han surgido como sustitutos de los dicumarínicos, porque tienen un índice terapéutico mayor, tienen pocas interacciones y no necesitan controles mensuales para el ajuste de la dosis, pues se administran a dosis fijas. El mecanismo de acción de los NACOs es diferente al del acenocumarol (Sintrom®) o warfarina (Aldocumar®), que son fármacos antivitaminas K (AVK), e inhiben la síntesis en el hígado de los factores de coagulación II, VII, IX y X. Los NACOs son inhibidores directos de la trombina (Dabigatran) o del factor Xa (Rivaroxaban y Apixaban)

Se deben considerar tres aspectos a la hora de planificar la pauta en estos pacientes:

- Tipo de tratamiento estomatológico y medida del posible sangrado asociado. En un paciente sano, el riesgo de sangrado se relaciona únicamente con la complejidad del tratamiento.
- Antecedentes médicos (riesgo de hemorragia versus riesgo de tromboembolismo)
- Disponibilidad de medidas hemostáticas locales y sistémicas.

Cuando el procedimiento estomatológico conlleva un bajo riesgo de hemorragia, no es necesario modificar la pauta del NACO. Se consideran actos quirúrgicos simples en estomatología las exodoncias de hasta 3 dientes, los raspados y alisados radiculares y las cirugías para la colocación de 3 implantes o menos. Se consideran actos quirúrgicos complejos la realización de más de 3 extracciones, o la colocación de más de 3 implantes, los injertos de tejido óseo y de tejido conectivo, las elevaciones

de seno y de fosas nasales, así como otras técnicas de regeneración ósea. Previamente a la cirugía se recomienda eliminarla inflamación e irritación de los tejidos de la cavidad bucal a fin de evitar una mayor tendencia al sangrado (raspado y alisado radicular, técnicas de higiene oral, recomendar colutorios antisépticos los días previos, etc.) La evaluación de los antecedentes médicos debería centrarse en los factores que pueden aumentar el riesgo de hemorragia (insuficiencia renal, daño hepático o toma de fármacos que aumentan el sangrado, como los antiagregantes o corticoides) o aumentar el riesgo de tromboembolismo.

Fuente: González Fernández-Tresguerres F, Álvarez Sirvent A, Torres García-Denche J, Fernández-Tresguerres Hernández-Gil I. Nuevos anticoagulantes orales: repercusión odontológica. *Cient. Dent [Internet]*. 2016 [citado 15 Jun 2019]; 13(2): 139-148. Disponible en: <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol13num2/9.NuevosAnticoagulantes.pdf>

## **Recomendaciones generales para tratamiento de pacientes anticoagulados**

### Interacción con antibióticos

Para dosis única, como medida profiláctica, no necesita alterar el régimen de anti coagulación.

Pacientes que reciben > 1 dosis de antibiótico, debe solicitarse un INR de control al 2 o 3 día, debido a su posible alteración.

Advierta al paciente que recibe terapia con amoxicilina o con eritromicina, estar pendiente de signos de hemorragia después del tratamiento. En caso de presentarse, recomendarle acudir inmediatamente a la consulta, para tomar medidas locales descritas más adelante.

En lo posible, evitar el uso de metronidazol, ya que inhibe la acción del anticoagulante. En lo posible, realizar la cirugía en horas de la mañana.

Medidas locales para evitar hemorragia:

- Aplicar presión con apósito de gaza por 15 a 30 minutos.
- Usar hemostáticos absorbibles en el alvéolo como celulosa oxidasa, esponja de trombina, ácido tranexámico.
- Estas dos últimas medidas junto con la sutura son las mismas que se pueden realizar si el paciente presenta una hemorragia horas después de la cirugía.

Fármacos que interfieren con el Acenocumarol	Fármacos que no interfieren con el Acenocumarol:
<b>Antibióticos:</b>	
Ampicilina, Amoxicilina-Clavulánico, Penicilina G. Cefalosporinas, Eritromicina, Azitomicina, Metronidazol.	Penicilina V. Clindamicina.
<b>Analgésicos:</b>	
Aspirina. Otros AINEs	Paracetamol, Codeína. Inhibidores de la Ciclo-oxigenasa.

Antifúngicos:	
Azoles	

Tetraciclinas, amoxicilina, ampicilina, doxiciclina, sulfonamida, quinolona, benzilpenicilina, cefalosporina y cloranfenicol, que al reducir los niveles endógenos de vitamina K, potencian el efecto de los anticoagulantes bucales al disminuir la flora intestinal productora de vitamina K. Un incremento marcado del efecto del acenocumarol en la tendencia a la hemorragia ha sido reportado en algunos pacientes que simultáneamente ingerían eritromicina, claritromicina y metronidazol durante 5 a 8 días, de tal manera que la ingesta de eritromicina (1 gramo/día por 8 días) disminuye en un 30 % el efecto del acenocumarol, el metronidazol (750 mg/día por 8 días) incrementa la vida media del acenocumarol.

## **Anexo 7. Fármacos antifibrinolíticos**

Ácido aminocaproico (Amicar), cristal hidrosoluble incoloro de rápida absorción por VO, que en 2 h alcanza su máxima actividad e inhibe la activación del plasminógeno; tiene actividad antiplasmina a grandes dosis.

En 24 h el riñón elimina hasta 80% de este fármaco, el cual empleado por VO en dosis de 50 mg/kg de peso cada 6 h (hasta 24 g diarios) incrementa la supervivencia del factor VIII, lo que facilita el curso del periodo posoperatorio disminuyendo la estancia hospitalaria. Puede emplearse durante 7 a 10 días durante el proceso de reparación, para disminuir el riesgo de hemorragia.

El ácido tranexámico es otra droga con fuerte actividad antifibrinolítica, que bloquea la unión de la lisina del plasminógeno a la fibrina y con ello da estabilidad al coágulo sanguíneo. Este fármaco se administra por VO o IV, así como en enjuagues bucales al 4.8 %, cuatro veces al día por una semana.

Un fármaco análogo de la vasopresina que facilita el manejo del paciente hemofílico leve y subclínico a moderado (no es útil en hemofilia grave) es el 1-desamino-8-d arginina (DDAVP) o acetato de desmopresina. Este fármaco libera de los depósitos endógenos de las células endoteliales al factor VIII y aumentan sus niveles plasmáticos.

Se recomienda administrarlo por vía IV o subcutánea 30 min antes del procedimiento, en dosis de 0.3 mg/kg de Peso, por vía IV o subcutánea. Otra forma de administración es en nebulizaciones nasales, en dosis de 2 mg/kg de peso 90 min antes del procedimiento quirúrgico.



### Anexo 8. Clasificación de los trastornos más frecuentes de la hemostasia.

Trastornos		
Vascular (Primaria)	<p>Hereditarios (congénitos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telangiectasia hemorrágica hereditaria o enfermedad de Rendu-Osler</li> <li>• Angioqueratoma corporis diffusum (enfermedad de Fabry)</li> <li>• Síndrome de Ehlers-Danlos y síndrome de Grönblad-Strandberg</li> <li>• Síndrome de Marfán</li> <li>• Seudoxantoma elástico</li> <li>• Osteogénesis imperfecta</li> </ul>	<p>Adquiridos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Púrpura de Henoch Schölein (inmunopáticas)</li> <li>• Púrpura escorbútica</li> <li>• Púrpura senil de Bteman</li> <li>• Púrpura exceso ingesta corticoides</li> <li>• Púrpuras mecánicas</li> <li>• Púrpuras idiopáticas</li> <li>• Púrpuras vasculares</li> </ul>
Plaquetaria (Primaria)	<p>Trastornos cuantitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Producción de plaquetas</li> <li>• Distribución de plaquetas</li> <li>• Trombopenias dilucionales</li> <li>• Destrucción anormal de plaquetas</li> <li>• Trombopenias inmunes</li> </ul>	<p>Trastornos cualitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos de adhesión de las plaquetas</li> <li>• Trastornos de agregación de las plaquetas</li> <li>• Trastornos adquiridos</li> </ul>
Coagulación plasmática (secundaria)	<p>Alteraciones congénitas (vía intrínseca)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemofilia A</li> <li>• Hemofilia B</li> <li>• Enfermedad de von Willebrand</li> </ul>	<p>Alteraciones adquiridas (vía extrínseca)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos metabolismo vitamina K</li> <li>• Enfermedad hepática</li> <li>• Coagulación intravascular diseminada</li> <li>• Anticoagulantes circulantes</li> <li>• Terapia antibiótica prolongada</li> </ul>

## **Anexo 9.** Medicamentos para el manejo del dolor en paciente con Hemofilia y Enfermedad de Von Willebrand

### Analgésicos

#### Permitidos

- Paracetamol
- Acetaminofén
- Corticoides
- Derivados de opioides (nalbulfina y tramadol)
- Clonixinato de lisina (Dorixinal)
- Dextropropoxifeno
- Antiespasmódicos simples

#### No permitidos

- Aspirina
- Ibuprofeno
- Diclofenaco
- Ketorolaco
- Dipirona (solo en casos excepcionales)
- Naproxeno
- Indomelacina
- Piroxicam
- Antihistamínicos (solo recomendado por especialista)
- Antiespasmódicos compuestos (los que contienen dipirona)

Fuente: Mendoza Ordoñez S, Loayza Urcia N, Trujillo Cerna M, Herrera Cunti C, Yanac Avila R, Ormeño Apaza W, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de hemofilia en el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud). An. Fac. Med [Internet]. 2018 Ene-mar [citado 15 Jun 2019]; 79(1): [aprox. 21p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832018000100015](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832018000100015)

## Anexo 10. Ajuste de dosis de medicamentos para el paciente nefrópata

La mayoría de los fármacos y sus metabolitos se excretan por el riñón y la insuficiencia renal puede dar lugar a una disminución de su aclaramiento por lo cual es importante ajustar dosis de una gran cantidad de fármacos que se puede realizar aumentando un intervalo entre las dosis o reduciendo las dosis.

Fórmulas predictivas de función renal: Pruebas de aclaramiento plasmático en base a la creatinina y estimación del filtrado glomerular, para determinar el estadio de la IRC usando la fórmula Cockcroft-Gault. Se remonta a 1976, cuando Cockcroft y Gault (CyG) propusieron su fórmula para estimar la filtración glomerular. Su principal indicación en la actualidad es su utilización para la prescripción de medicamentos.

APLICACIÓN EN CELULAR: CKD- EPI- Creatinine

OTRA FÓRMULA: COCK CROFT. GAULT=  $\frac{140 - \text{edad} \times \text{peso Kg}}{72 \times \text{creatinina plasmática}}$

Se multiplica el cociente de la relación por 0,85 si es mujer  
creatinina mg % para convertirla en mmol se multiplica por 88,4

Estadios de la Enfermedad Renal Crónica

Estadios de la insuficiencia renal crónica (IRC)		
Estadio	Descripción	FG (ml/min)
I	FG normal	≥ 90
II	IRC leve	60-89
III	IRC moderado	30-59
IV	IRC severo	15-29
V	IRC terminal	≤ 15 o diálisis

	No alterar dosis	Reducir dosis en IRC severa	Reducir dosis en IRC	Evitar
Analgésico	Paracetamol	Codeína	Aspirina AINEs	Petidina, Opioides, Indometacina
Antibiótico	Ceftriaxona (Rosefin)	Amoxicilina	Cefalosporinas	Aminoglucósidos
	Azitromicina		Ciprofloxacina	Cefaloridina
	Metronidazol			
	Doxiciclina	Clindamicina	Vancomicina	Cefalotina
	Cloxaciclina	Eritromicina		Tetraciclina
Antifúngicos y antivíricos		Co-Trimoxazol y el Ketoconazol	Fluconazol y el Aciclovir	

Remitir al nefrólogo en caso de necesidad de antibióticos por vía parenteral Fuente: Cedillo Garate FJ. Evaluación de la función renal aplicando la formula de Cockcroft y factores asociados en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden al hospital Aida León De Rodríguez Lara – Girón. Enero – junio 2017 [tesis en Internet].Cuenca – Ecuador: Universidad Católica de Cuenca;2017 [citado 20 Dic 2020]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/7014> García Montemayor VE, Sánchez-Agesta Martínez M, Álvarez de Lara MA. Ajuste de fármacos en la enfermedad renal crónica. Servicio de nefrología. [internet]. Córdoba- España: Sociedad Española de Nefrología; 2020 [citado 2 mar 2021]. Disponible en:<https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-ajuste-farmacos-enfermedad-renal-cronica-325>

## Farmacología en estomatología en pacientes con insuficiencia renal

FARMACO	ELIMINACIÓN	MÉTODO DE AJUSTE	AJUSTE DE IR DE ACUERDO CON LA TAZA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR (TFG)(MIL/MIN)		
			>50	10- 50	< 10
<b>ANTIMICROBIANOS</b>					
amoxicilina	R(H)	I	8	8-12	12-18
Eritromicina	H	D	100	100	50-75
Clindamicina	H	D	100	100	100
Metronidazol	H(R)	D	100	100	50
Doxicilina	H(R)	D	100	100	100
Ampicilina	R(H)	I	6	6-9	9-12
Tetraciclina	R(H)	I	6-8	12-24	Evitar
Aciclovir	R	I	8	12-24	48
Ketoconazol	H	D	100	100	100
<b>ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS</b>					
Aspirina	H(R)	I	4	4-6	Evitar
Paracetamol	H(R)	I	4	6-8	8-12
Ibuprofeno	H(R)	I	100	100	Evitar
Diclofenaco	H	D	100	100	Evitar
Naproxeno	H	D	100	100	Evitar
<b>ANESTÉSICO</b>					
Lidocaína	H	D	100	100	100
Mepivacaína	H	D	100	100	100
<b>SEDATIVOS</b>					
Codeína	H(R)	D	100	100	100
Diazepán	H	D	100	100	100
Alprazolán	H(R)	D	100	100	100

Ajuste de Dosis en la Práctica Dental de los Principales Fármacos usados, tomado de: Manejo Dental en la Insuficiencia Renal: Pacientes en Diálisis (Villadegut, 2008)

Donde:

1. R = Eliminación principal a cargo del riñón; H = A cargo del hígado. La letra entre paréntesis es el menos importante.

2. D = Dosis normal, I = Prolongación del intervalo de dosis

Gavilanes Torres SA. Manejo Clínico Estomatológico en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. [Tesis Doctoral]. México: Universidad de Guayaquil; 2016[citado 08 Mar 2019 ]. Disponible en:<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/18827>

## **Anexo 11.** Tratamiento de las complicaciones de la radioterapia.

### **Mucositis bucal**

#### Enjuagues bucales

- solución salina
- bicarbonato
- enjuagues frecuentes con agua
- Digluconato de cloherxidina 0,12 %

#### Otros fármacos

- caolín
- hidróxido de aluminio
- hidróxido de magnesio
- suspensión de sucralfato

#### Anestésicos tópicos (para el alivio del dolor y la inflamación)

- clorhidrato de diclonina al 1%
- lidocaína viscosa al 2 %
- benzocaína
- difenhidramina
- Analgésicos-antiinflamatorios potentes convencionales
- Antibióticos sistémicos de amplio espectro y larga duración
- Evitar tabaco y alcohol
- Dieta blanda
- Mantener hidratación
- Evitar alimentos irritantes (picantes)
- Utilizar humidificadores, vaporizadores
- Correcta técnica de cepillado, con un instrumental adecuado

#### **Infecciones secundarias**

- Cultivo
- Estudio citológico
- Antibióticos de amplio espectro, vía oral o parenteral
- Candidiasis: suspensión oral de nistatina, 4 veces al día, durante 4 min cada vez, a lo largo de 4 semanas (regla de los cuatros), ketoconazol 200 mg (1 tableta al día vía oral) o 100 mg diarios de fluconazol
- Herpes simple: aciclovir

#### **Pérdida del gusto**

##### Medidas dietéticas

- Suplementos de zinc (100 mg de sulfato de zinc una vez al día)

#### **Trismo**

- Mecanoterapia (en los casos de fibrosis)
- Cinesioterapia

#### **Caries por radiación**

- Higiene bucal minuciosa domiciliaria
- Frecuentes visitas al estomatólogo
- Colutorios bucales de digluconato de cloherxidina 0,12 %
- Aplicaciones diarias de flúor (enjuagues o geles en cubetas confeccionadas a medida)
- Dieta pobre en carbohidratos (control de la infección cariogénica)
- Reparación precoz de caries

#### Sensibilidad dental

- Fluoruro tópico

### **Xerostomía**

- Meticulosa higiene bucal
- Aplicación de gel de flúor
- Ingestión y enjuagues frecuentes de agua
- Sustitutos de saliva (carboximetilcelulosa, saliva sintética a base de sorbitol, salivas artificiales)
- Estimulantes de saliva: gotas de limón, goma de mascar.
- Amifostina (radioprotector)

### **Osteorradionecrosis**

- Principal: prevención
- Evitar traumatismos de la mucosa
- Evitar extracciones
- Irrigar con suero fisiológico, antibióticos
- Oxígeno hiperbárico: máscara de oxígeno al 100% presión 2,4 atm 90 min al día, 5 días/ semana
- Digluconato de cloherxidina 0,12 %

### **Necrosis de los tejidos blandos**· Mejora en la higiene bucal

- Analgésicos para el dolor: enjuagues de lidocaína al 2 % o lidocaína viscosa al 2 %
- Antibióticos (úlceras profundas y sobre infectadas)
- Eliminación del tabaco y alcohol
- Evitar traumas de las prótesis dentales

### **Dolor**

- En orden creciente de dolor leve a moderado, moderado e intenso: dipirona o paracetamol: 500 mg/ 8 h
- codeína (máx. 60 mg cada 4 h), dihidrocodeína (máx. 120 mg cada 12 h) y tramadol (100 mg cada 12 h)
- morfina: vía oral, 20 mg cada 3-4 h; vía parenteral, 10 mg/ 3 a 4 h
- fármacos coadyuvantes: antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos, sedantes, tranquilizantes, fenotiacina, relajantes musculares, esteroides.

### **Nutrición**

- Tomar pequeñas cantidades de comida, con frecuencia (cada 1- 2 h)
- Ingestión de alimentos ricos en calorías y proteínas
- Evitar líquidos en las comidas (saciedad prematura)
- Estimular el apetito con ejercicio ligero
- Menús creativos, evitar aromas fuertes, evitar los alimentos cariogénicos

### **Tratamiento de las complicaciones de la quimioterapia**

- Consultar al oncólogo antes de cualquier intervención invasiva
- Administrar profilaxis antibiótica si el recuento de granulocitos es inferior a 2.000 / mm<sup>3</sup>
- Valorar la reposición de plaquetas si el recuento es inferior a 40.000/mm<sup>3</sup>
- Cultivar zonas sospechosas de infección
- Controlar sangrados con gasa con medicamentos coagulantes, apósito periodontal, protectores bucales
- Fluoruro tópico para el control de las caries
- Instruir sobre cuidados domiciliarios
- Alivio sintomático de la mucositis, xerostomía e infecciones secundarias (mismo protocolo de la radioterapia) Dolor (xilocaína viscosa al 2 %)

**Anexo 12.** Consideraciones estomatológicas de los principales fármacos usados en el Sistema Respiratorio

<b>Grupo</b>	<b>Ejemplos</b>	<b>Consideraciones Estomatológicas</b>
Broncodilatadores: B2 -adrenérgicos Anticolinérgicos Metilxantinas	Salbutamol Salmeterol Bromuro de Ipratropio Teofilina	Xerostomía Eritromicina puede aumentar los niveles de teofilina
Estabilizadores de Mastocitos	Cromoglicato sódico	Alteración del gusto, irritación de garganta
Modificadores de Leucotrienos	Zafirlukast	Eritromicina disminuye niveles de Zafirlukast (40%) Aspirina aumenta niveles de Zafirlukast (45%)
Corticoides	Glucocorticoides inhalatorios	Mayor riesgo de candidiasis

## **Anexo 13.** Manifestaciones bucales de pacientes con enfermedades digestivas.

### **Enfermedades del esófago**

- Síndrome de Plummer-Vinson o de Patterson-Kelly

Dificultad para deglutir alimentos sólidos, sensación de ardor en la lengua, los portadores de prótesis se quejan de dificultad para usarla debido a la sensación de sequedad y dolor que les provocan.

- Acalasia

Odinofagia y disfagia, regurgitación nocturna, los alimentos retenidos en el esófago dan lugar a halitosis y sialorrea de origen reflejo.

- Divertículos esofágicos

El divertículo de Zenker, de localización faringo esofágica y los divertículos epifrénicos de gran tamaño provocan disfagia, regurgitación maloliente, halitosis y sialorrea.

- Estenosis orgánicas de esófago

Producen retención alimentaria y salival en el esófago, regurgitaciones, halitosis y sialorrea.

### **Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)**

Erosiones en las partes blandas de la boca, caries, atrición, abrasión dentaria, sensación de quemazón oral, queilitis angular, glositis atrófica que se acompaña de glosodinia, mucosas pálidas, la atrofia lingual de larga evolución puede degenerar en leucoplasia, alteraciones parestesias de la mucosa oral, glosopirosis, disgeusia

### **Enfermedades del estómago**

- Úlcera péptica
- Tipos de anemias con repercusión en el estómago. Anemia perniciosa o ferropénica

### **Enfermedades intestinales**

- Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
- Colitis ulcerosa. Enfermedad de Crohn

Hallazgos bucales:

Mayor incidencia de caries (cambios en la flora bacteriana oral con proliferación de las bacterias cariogénicas)

Aftas

Glositis atrófica (visible por la depapilación del dorso lingual)

Queilitis comisural

Eritema perioral

Poliposis Intestinales

Síndrome de Gardner (osteomas y quistes epidermoides)

Síndrome Peutz- Jeghers (máculas hiperpigmentadas en labios y mucosa oral)

Síndrome de Cowden (tumorações en la cara y papilomas múltiples en la mucosa oral)



**Anexo 14.** Selección de fármacos para pacientes con hepatopatías

<b>Antibióticos</b>	
<b>Recomendados:</b>	<b>Contraindicados:</b>
Amoxicilina. Cefalosporinas. Eritromicina. Imipenem. Tetraciclina	Aminoglucósidos. Amoxi-clavulánico. Azitromicina. Claritromicina. Clindamicina Eritromicina. Metronidazol
<b>Antifúngicos:</b>	
Nistatina.	Derivados Azólicos
<b>Analgésicos:</b>	
Inhibidores de la Cox2. Paracetamol.	Aspirina. Codeína. Ibuprofeno. Idometacina. Otros Aines.
<b>Corticoides:</b>	
Prednisolona.	Prednisona.

**Anexo 15.** Repercusión del uso de fármacos en pacientes con hepatopatías

<b>Fármacos</b>	<b>Metabolismo</b>	<b>Precauciones</b>	<b>Toxicidad</b>
Opiáceos	Si	Evitar (si es posible)	___
Salicilatos	Si	Uso cuidadoso	Necrosis leve ( baja frecuencia)
Paracetamol	Si	Vigilar la toxicidad	Necrosis severa (baja frecuencia )
Halotano	No	Evitar (si es posible)	Necrosis severa (baja frecuencia )
Aminoglucósidos	No	Vigilar la toxicidad	___
Cefalosporina	No	Evitar (si es posible)	___
Clindamicina	Si	Reducir dosis	Necrosis leve ( baja frecuencia)
Cloranfenicol	Si	< 500mg / 6 h durante 14 días	Necrosis leve ( baja frecuencia)
Eritromicina	Si	Escasas	Riesgo escaso de colestasis
Metronidazol	Si	Reducir dosis	___
Penicilinas	No	Escasas	___
Tetraciclinas	No	Evitar doxicilinas	Alto riesgo de hígado graso
Vancomicina	No	Escasas	___
Acenocumarol	Si	Usos cuidadoso	___
Heparina	Si	Escasas	___
IMAO	Si	Evitar (si es posible)	Moderado riesgo de necrosis

**Anexo 16.** Modelo de remisión del paciente de riesgo quirúrgico al médico de especialidad de interés

Fecha de emitido:

Nombre y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_

A: Dr. De la especialidad: \_\_\_\_\_

De: Dr. en Estomatología: \_\_\_\_\_

APP: \_\_\_\_\_

Motivo de remisión: \_\_\_\_\_

Riesgos identificados: \_\_\_\_\_

Diagnóstico estomatológico: \_\_\_\_\_

Conducta y tratamiento estomatológico \_\_\_\_\_

Consideraciones médicas de repercusión en la atención estomatológica.

\_\_\_\_\_

Fecha de evaluación médica:

Firma y cuño médico

Versión de la autora de Fuente: Sansó Soberats FJ, Valdivia Onega C, Lorenzo Rodríguez A. Propuesta de modelo para la transferencia de pacientes en el sistema de salud cubano. Rev. Cub Méd Gen Integral [internet]. 2003 ene-feb. [citado 2 mar 2020]; 19(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100004)

## **Producción científica de la autora relacionada con el tema de la investigación**

**Objetivo:** Mostrar la producción científica de la autora de la tesis relacionada con la misma.

### **Proyectos de investigación:**

1. Estrategias para elevar preparación de los estudiantes y profesionales para la atención de pacientes con riesgo quirúrgico en estomatología. Proyecto de Investigación Ramal.
2. Protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico.

### **Tesis en opción al Título de Máster en Educación universitaria en Ciencias de la Salud**

Propuesta de perfeccionamiento curricular en la carrera de estomatología para la atención a pacientes de riesgo quirúrgico. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana Proyecto Magisterio; 2011

### **Trabajos presentados**

1. Jornada 108 aniversario de la Facultad de Estomatología. nov. 2008.

**Ponencia:** Preparación de los estudiantes para la atención de pacientes con riesgo quirúrgico en la Facultad de Estomatología (estudio preliminar)

2. Conferencia internacional de educación Médica Superior para el siglo XXI. 30 nov-3 dic.2008

**Ponencia:** Preparación de los estudiantes para la atención de pacientes con riesgo quirúrgico en estomatología.

3. Jornada 109 aniversario de la fundación de la escuela de odontología de la Universidad de la Habana, 19 de nov. 2009

**Ponencia:** Preparación recibida para la atención estomatológica de los pacientes de riesgo quirúrgico desde la perspectiva del estudiante.

4. Séptimo congreso provincial de Educación Superior, mayo 2009

**Ponencia:** Preparación de los alumnos para la atención estomatológica a los pacientes de riesgo quirúrgico.

5. Universidad 2010.

**Ponencia:** Preparación de los alumnos para la atención estomatológica a los pacientes de riesgo quirúrgico.

6. Estomatología 2010. Convención internacional

**Ponencia:** Preparación de los estudiantes para la atención estomatológica a los pacientes de riesgo quirúrgico desde la perspectiva del estudiante.

**Ponencia:** Preparación de los estudiantes para la atención estomatológica a los pacientes de riesgo quirúrgico desde la perspectiva de los docentes.

7. 110 Aniversario de la fundación de la escuela de Odontología de la Universidad de la Habana, 19 nov. 2010.

**Ponencia:** Evaluación curricular en la carrera de estomatología para la atención a pacientes de riesgo quirúrgico.

**Ponencia:** Percepción de estudiantes y profesores sobre la preparación recibida para la atención estomatológica a los pacientes de riesgo quirúrgico.

8. II convención científica 2011. Mayo/2011

**Ponencia:** Propuesta de perfeccionamiento curricular en la carrera de estomatología para la atención a pacientes de riesgo Quirúrgico.

9. Universidad 2012. 8vo Congreso Internacional de Educación Superior. IV simposio de de Educación Médica. Retos y Perspectivas feb. /2012.

**Ponencia:** Propuesta de perfeccionamiento curricular en la carrera de estomatología para la atención a pacientes de riesgo Quirúrgico.

10. Jornada pe pedagógica, Facultad de Estomatología de la Habana. 26-4- 2012

**Ponencia:** Evaluación de perfeccionamiento curricular para la atención estomatológica a pacientes de riesgo quirúrgico.

11. Jornada científica departamental. Cochabamba. Bolivia 2013.

**Ponencia:** Caracterización de pacientes de riesgo quirúrgico de la brigada médica cubana en Cochabamba.

12. Jornada científica departamental. Cochabamba. Bolivia 2014

**Ponencia:** Tratamientos estomatológicos realizados a pacientes de riesgo quirúrgico de la brigada médica cubana en Cochabamba.

**Ponencia:** Enfermedades de riesgo quirúrgico más frecuente en colaboradores de la brigada médica cubana en Cochabamba.

13. VII jornada científica nacional. Santa cruz de la Sierra 2015. Bolivia

**Ponencia:** Caracterización de las enfermedades de riesgo quirúrgico y estomatológicas en colaboradores de Cochabamba.

**Ponencia:** Relación médico- estomatológica en pacientes de riesgo quirúrgico.

**Ponencia:** Manifestaciones bucales de pacientes con enfermedades de riesgo quirúrgico.

14. Facultad de Estomatología de la Habana 2017

**Ponencia:** Manejo del paciente cardiópata con tratamiento anticoagulante en Estomatología.

15. Jornada Pedagógica Facultad de Estomatología de la Habana 2017

**Ponencia:** Percepción y conocimientos de los estudiantes de cuarto año sobre la atención estomatológica a los pacientes de riesgo quirúrgico.

16. Jornada de Residentes 2018. XXVI Jornada de estudiantes 2018

**Ponencia:** Uso de medicamentos en pacientes de Riesgo Quirúrgico en estomatología

17. VI jornada virtual de Educación Médica, Jornada Provincial de Educación Médica 2019

**Ponencia:** Conocimientos de residentes de EGI sobre la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico.

18. Congreso internacional de estomatología 2020

**Ponencia:** Criterios de los pacientes de riesgo quirúrgico sobre la atención estomatológica integral recibida.

**Ponencia:** Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con cardiopatía isquémica Congreso internacional de estomatología 2020

**Ponencia:** Identificación del paciente de riesgo quirúrgico en estudiantes de pregrado, postgrado y estomatólogos Congreso internacional de estomatología 2020

## Artículos publicados

1. **Bastarrechea Milián M de las M** . Propuesta de perfeccionamiento curricular en la carrera de estomatología para la atención a pacientes de riesgo Quirúrgico.  
CD Universidad 2012. 8vo Congreso Internacional de Educación Superior. IV simposio de de Educación Médica. Retos y Perspectivas feb./2012 Disponible <https://docplayer.es/78585686-Perfeccionamiento-curricular-en-la-carrera-de-estomatologia-para-la-atencion-al-paciente-de-riesgo-quirurgico-y-su-evaluacion.html>
2. **Milián M de las M**, Rosales Reyes SA, González RamosRM, GonzálezCC. Percepción y conocimientos de estudiantes sobre la atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico. Educ Méd Súper [Internet]. 2019 Sep. [citado 10 Abr. 2020]; 33(3): e1873. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412019000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412019000300001&lng=es). Epub 01-Sep-2019.
3. Ciria González C, Prado Mera A, Castañer Roch E, Espinosa González L, **Bastarrechea Milián M de las M**. Extracciones dentarias sin modificar la terapia anticoagulante en pacientes con enfermedad cardiovascular. Rev. Cuban Cardiol [Internet]. 2018; 24(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/796>
4. **Bastarrechea Milián M de las M**, Quiñones La Rosa I. Medicamentos en pacientes con riesgo quirúrgico y su repercusión en Estomatología. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado 20 Oct 2020]; 18(2): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2394>
5. **Bastarrechea Milián M de las M**. Características de la atención estomatológica integral recibida por el paciente de riesgo quirúrgico. En: Congreso Internacional Estomatología 2020[Internet]. 2020 Nov 1-30[citado 20 Ene 2021]; La Habana, Cuba. Disponible en: <http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/433/2>

6. Ciria González C, **Bastarrechea Milián M de las M**. Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con cardiopatía isquémica Congreso internacional de estomatología 2020 Facultad de Estomatología. 2019. En: Congreso Internacional Estomatología 2020[Internet]. 2020 Nov. 1-30[citado 20 Ene 2021]; La Habana, Cuba. Disponible en:<http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/789/283>
7. **Bastarrechea Milián M de las M**. Conocimientos sobre la identificación del paciente de riesgo quirúrgico. Facultad de Estomatología. 2019. En: Congreso Internacional Estomatología 2020[Internet]. 2020 Nov. 1-30[citado 20 Ene 2021]; La Habana, Cuba. Disponible en:<http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/789/283>
8. **Bastarrechea Milián M de las M**, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D. Riesgo médico en pacientes estomatológicos según la clasificación ASA. Revista Habanera de Cienc Méd [Internet].2020 [citado 20 Dic. 2020];19(3):1-14.Disponible en:<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3032/2588>
9. **Milián M de las M**, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D, Bárbara García Triana. El paciente de riesgo quirúrgico en la carrera de estomatología. "Próxima publicación" Rev. Educación médica superior. No. 3 vol. 35, 2021
10. **Bastarrechea Milián M de las M**, Rosales Reyes SA, Ciria González C, Quiñones La Rosa I. Curso optativo de riesgo quirúrgico para estudiantes de pregrado de la carrera de estomatología."Próxima publicación" Rev. Educación médica superior. No. 3 vol. 35, 2021
11. **Bastarrechea Milián M de las M**, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D, Barciela González Longoria MC. Clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica. Rev Cubana de Estomatología [Internet]. 2021 [citado 21 May 2021]; 58(3):e3658. Disponible en: [www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/download/3658/1937](http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/download/3658/1937)
12. **Bastarrechea Milián M de las M**, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D, Edelis Raimundo Padrón. Registro de datos sobre riesgo quirúrgico en historias clínicas de Estomatología Integral. "Próxima publicación"

### Cursos impartidos

Curso de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico. Facultad



de estomatología de La Habana.

1. Impartido en el curso 2016 -2017
2. Impartido en el curso 2017 -2018
3. Impartido en el curso 2019 -2020

#### **Tutoría de trabajos de terminación de residencia**

1. Atención Estomatológica Integral al paciente de Riesgo Quirúrgico. 2018- 2019.  
Residente Dra. Diana Rosa Hoyos Reyes
2. Manejo estomatológico de pacientes con riesgo quirúrgico. 2018- 2019.  
Residente Dra. Yolanda de los A. Martínez Reyes
3. Atención estomatológica integral al paciente adulto de riesgo quirúrgico. 2018-  
2019. Residente Dra. Yuderkis Peña Jiménez
4. Atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico 2019- 2020.  
Residente Dra. Alexandra Hernández Ruiz
5. Atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico en el Consultorio 18 del  
Policlínico "Marcio Manduley". 2019- 2020. Residente Dra. Liset Borrero Neyra.

Implementación de protocolo de atención estomatológica al paciente de riesgo quirúrgico. 2020-2021

1. Residente Dra. Sheila Alonso del Arco
2. Residente Dra. Yuliet Yáñez Briel
3. Residente Dra. Daylin Martínez Puentes
4. Residente Dra. Jonathan Montero
5. Residente Dra. María del Carmen Borrego
6. Residente Dra. Amanda García
7. Residente Dra. Ramos Daniela
8. Residente Dra. Beatriz Menéndez
9. Residente Dra. Chanel Nuñez Abono
10. Residente Dra. Camila Roger Santos