

**CARACTERÍSTICAS BUCALES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER
Y SU RELACIÓN CON LA FAMILIA**

INVESTIGADORES

**GARCÍA MUÑOZ LORENA
PADILLA RAMÍREZ ELOISA
CARMONA LORDUY MARTHA CECILIA
SHIRLY DÍAZ CÁRDENAS
PUPO MARRUGO STELLA**

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CARTAGENA 2019

**CARACTERÍSTICAS BUCALES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER
Y SU RELACIÓN CON LA FAMILIA**

Dra. MARTHA CECILIA CARMONA LORDUY

(Odontóloga universidad de Cartagena, Especialista en Estomatología, Mg en
Educación Investigadora Gitouc)

SHIRLY DÍAZ CÁRDENAS

(Odontóloga universidad de Cartagena, Especialista en Gerencia en salud,
Especialista Salud familiar, Magister en Salud pública, Facilitadora estrategia
AIEPI para odontólogos)

Dra. STELLA PUPO MARRUGO

(Odontóloga universidad de Cartagena, Especialista en Endodoncia.)

LORENA GARCÍA MUÑOZ

ELOÍSA PADILLA RAMÍREZ

(Estudiantes Facultad de odontología
Universidad De Cartagena)

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES

CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos la voluntad, inteligencia y dedicación para empezar este proyecto.

A nuestras familias por el apoyo, comprensión y consejos en el transcurso de nuestro aprendizaje.

A la Dra. MARTHA CECILIA CARMONA LORDUY Y SHIRLY DIAZ CARDENAS por la motivación y asesoramiento brindado.

A la Dra. STELLA PUPO MARRUGO por su colaboración en el transcurso del proyecto.

Gracias.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	7
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
2 JUSTIFICACIÓN.....	16
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4 MARCO TEORICO.....	18
4.1 EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL.....	18
4.2 FAMILIA COMO FACTOR PROTECTOR O DE RIESGO PARA EL NIÑO CON CÁNCER.....	19
4.3 INTERVENCIONES DE APOYO FAMILIAR A NIÑOS CON CÁNCER.....	22
4.4 APOYO SOCIAL Y LA TRAYECTORIA DEL CÁNCER.....	22
4.5 APOYO SOCIAL A LOS PADRES Y MADRES DE NIÑOS CON CÁNCER.....	23
4.6 IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA SALUD BUCAL DEL NIÑO.....	24
5 METODOLOGÍA PROPUESTA.....	26
6 RESULTADOS.....	28
6.1 TABLA 1: Características sociodemográficas de los pacientes con cáncer.	29
6.2 TABLA 2. Características sociodemográficas de los padres.	30
6.3 TABLA 3. Manifestaciones bucales de niños con cáncer.	31
6.4 TABLA 4. Relación de presencia de manifestaciones bucales con la funcionalidad familiar.....	32
6.5 TABLA 5: Relación de la presencia de manifestaciones bucales con los factores sociodemográficos de los padres.	33
7 DISCUSIÓN.....	34
8 CONCLUSIONES.....	37
9 BIBLIOGRAFIA.....	38
10 LISTA DE ANEXOS.....	42

RESUMEN

Objetivo: identificar las diferentes manifestaciones bucales que presentan los niños diagnosticados con cáncer de la fundación FUNDEVIDA, la influencia de la familia en la salud bucal de estos niños y aportar evidencia clínica para incentivar a la comunidad a promover una mejor salud bucal familiar. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo donde se hizo el diagnóstico del estado de salud bucal del niño y se valoraron los factores familiares relaciones con el estado de salud bucal. Se evaluaron como muestra piloto un total de 20 niños entre los 0 y 14 años y a sus cuidadores, que aceptaron participar en el estudio a través del diligenciamiento de un consentimiento informado por escrito. Se realizó la recolección de los datos en tabla matriz en Excel y se procesó la información de las variables en la base de datos del paquete estadístico SSPS versión 25 IBM. **Resultados:** en este estudio se comprobó que 20 pacientes presentaron manifestaciones bucales distribuidas así: que 18 pacientes (90%) presentaron lengua saburral, 2 (10%) presentaron lengua fisurada, 7 pacientes (35%) presentaron petequias, 7 (35%) presentaron caries, 9 pacientes (45%) presentaron encía enrojecida, 2 pacientes (10%) presentaron manchas y 1 paciente (5%) presentó hiperplasia epitelial focal, pero encontramos en un porcentaje de un 100% de los niños que presentaron un color pálido en la mucosa, además se relacionó los factores sociodemográficos y la funcionalidad familiar con la presencia manifestaciones bucales dando como

resultado que en las familias de estratos bajos y con disfunción moderada es donde más se observan manifestaciones bucales tales como lengua saburral, petequias, mucosa pálida y presencia de caries. **Conclusiones:** a partir de los resultados obtenidos se concluye que se presenta una relación bucal con los factores familiares en pacientes con cáncer, de igual forma que las familias juegan un rol fundamental en la aparición de estas patologías, de las cuales las más frecuentes fueron mucosa pálida seguida de lengua saburral. Con lo anterior se recomienda ampliar el tamaño de la muestra para así lograr la significancia estadística.

PALABRAS CLAVES familia, lengua saburral, cáncer, salud bucal.

INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de la humanidad, la salud ha sido un aspecto fundamental en la vida de los individuos. De tal manera que cuando este componente falla o se encuentra en declive ocasiona un desequilibrio en el ser humano, el cual se caracteriza por ser un sistema integral conectado que permite tener un balance apropiado para su desarrollo bio-psico-social del hombre. En este sentido una vez que se presenta una ruptura de aspecto biológico del individuo a través de una enfermedad, consecuentemente se ocasiona un quiebre emocional que debe ser atendido para mejorar la condición del individuo por la misma característica interactuante del subsistema. Uno de los padecimientos que origina un quiebre emocional en el ser humano y en el contexto social del mismo es el cáncer.

El cáncer se caracteriza por un crecimiento anormal de células malignas ocasionando lesiones a nivel de los órganos y pudiendo afectar a otros órganos. El cáncer afecta tanto a personas adultas como a niños y se calcula que la cifra de niños afectados aumenta cada año en un 12%, siendo la mayoría de los niños tienden a ser diagnosticados de leucemia (Instituto Nacional de Estadística I.N.E., 1993). Sin embargo, estas enfermedades no solo afectan la parte biológica sino además que afecta en gran medida la parte emocional, ocasionando en la familia fuertes cambios emocionales, decisiones, actitud ante la situación, de sobrellevar el duelo, tristeza y en ocasiones la familia se centra en el problema y dejan a un lado sus propias necesidades como seres humanos.

El cáncer infantil más que una estadística, es una realidad, que es determina por un paciente de manera individual, su familia y su entorno. Cuando un niño enferma de

cáncer, él y su familia se deben enfrentar a diferentes implicaciones que se originan especialmente de ese diagnóstico. El diagnóstico de cáncer traslada al paciente y a su familia a un ambiente desconocido, causando un gran impacto en términos físicos, económicos, sociales, familiares y en el desarrollo psicológico y social del niño. Debido al cáncer el desarrollo tanto psicológico como social de los niños logra verse alterado, pero no en un grado que comprometa su desarrollo normal para su edad. La familia tiene un papel importante y decisivo en el desarrollo de la personalidad, expresada en el ambiente social y en la manera en que la familia y el niño afrontan el diagnóstico, la evolución, recidivas, el tratamiento y sus efectos secundarios.

La familia que presenta un integrante con cualquier tipo de cáncer, se ve obligada a enfrentar un ambiente nuevo, algunas veces es necesario trasladarse de la comodidad de su hogar en busca de la atención especializada, para luego caer en cuenta que esta enfermedad es muy compleja, y que requiere la solicitud de hacerse varios estudios para la confirmación del diagnóstico y planeación del tratamiento.

De igual forma los tratamientos requeridos por el paciente, requieren mucho tiempo y altos costos económicos, que en ocasiones debe cubrir la familia, por consiguiente, recibir la atención necesaria para esta enfermedad se convierte para

el paciente y su familia en la actividad central en sus vidas por espacio de días, meses e incluso años.

El cambio en la rutina altera la vida de las familias, generando cambios en la unidad, relación y estado emocional de sus integrantes; también se ve perjudicada la parte laboral, por la pérdida o abandono del trabajo, lo cual traerá dificultades financieras. Debido a la constante necesidad de compañía por el niño mientras el tratamiento y el transcurso de la enfermedad, algunos miembros de la familia, principalmente los padres deben dejar o reducir sus horas de trabajo, lo cual provoca una reducción en los ingresos familiares.

Lanza Echeveste y cols (2011). El tratamiento exhaustivo del cáncer puede generar efectos secundarios inevitables en las células normales, estos efectos relacionados con el tratamiento afectan principalmente en la mucosa que reviste el sistema gastrointestinal, incluso en la mucosa bucal, a causa de su alta tasa de renovación celular. La cavidad oral es muy susceptible a los efectos secundarios relacionados de manera directa e indirectamente con el tratamiento oncológico. Shawy y col,(2000) plantean que el tratamiento por medio de radioterapia es especialmente efectivo en eliminar de manera eficaz las células en proceso de división, lo cual es muy importante para tratar el cáncer, sin embargo, los tejidos de la cavidad oral, las glándulas salivares, y los vasos sanguíneos pueden verse afectados como resultado de este tratamiento, afectando la salud bucal del paciente.

La salud bucal es de gran importancia para el buen funcionamiento del organismo del ser humano y es parte integral de la salud general, por tanto el tratamiento del cáncer se maneja con un enfoque multidisciplinario. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la salud bucal puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal”.

Los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos en boca pueden ser graves, a veces obligando a retrasar o incluso a detener el tratamiento contra el cáncer, por eso se deben identificar las patologías orales existentes antes de la terapia oncológica, realizar su tratamiento y de esta manera evitar las complicaciones del tratamiento oncológico, o al menos reducir su gravedad.

Por lo tanto, es de vital importancia que las familias con pacientes oncológicos entiendan las consecuencias del tratamiento odontológico y así puedan evitar manifestaciones bucales secundarias a la enfermedad y su tratamiento.

Grego Reñonez C y cols (2015) Es importante que dentro de la familia, sus integrantes, logren un adecuado estilo de vida saludable como el correcto hábito del cepillado, dietas saludables controlando la ingesta de azúcares, evitar la formación de hábitos bucales deformantes como la succión digital, donde los padres representan un rol importante pues le proporcionan al niño un ambiente afectuoso

y enseñan al niño a que adquiriera hábitos adecuados, que contribuyan al buen desarrollo del sistema estomatognático. Cabe resaltar el papel que desempeña la mujer en la estructura familiar, en el adecuado control de la salud tanto general como bucal, ya que es ella la principal encargada de crear estos hábitos desde la niñez, conductas y costumbres beneficiosos para la salud, los cuales serán aplicados por todo el núcleo familiar y van a ser incluidos en sus conocimientos sobre qué hacer para promover y mantener la salud.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer infantil es una de las principales causas de mortalidad en el grupo de edad de los 0 a los 19 años, estadística que se reconoce a nivel mundial. Las causas para el desarrollo del cáncer infantil no se conocen, algunos factores de riesgo han sido mencionados. Las tasas de supervivencia en 5 años del cáncer en niños es menor en aquellos países que están en proceso de desarrollo, en comparación con países desarrollados, donde se considera que el 80% de los pacientes diagnosticados tienen un nivel de supervivencia de 5 años después al diagnóstico. Los pacientes entre los 0 y 19 años que son diagnosticados con cáncer necesitan de un acompañamiento por ciclos de tiempo extensos debido al efecto negativo en la calidad de vida del cáncer y posibles recidivas de tumores.

En Colombia en el año 2010, el cáncer obtuvo el tercer puesto en motivo de mortalidad en niños entre los 0 y 14 años de edad según los estudios de la Liga Colombiana Contra el Cáncer. La mortalidad por los diferentes tipos de cáncer demuestra que la Leucemia presenta una mortalidad del 48,6%, de segundo siguen los tumores del sistema nervioso central con un 16% y por último los linfomas no hodgking con el 7,6%. ¹

El tratamiento del cáncer es basado en administrar quimio-radioterapia junto con

¹ GONZALES R. Educación de la madre y el estado de salud de las 1ras molares permanentes en sus hijos de 6-10 años. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2000.

cirugía, de acuerdo al tipo y estadio del tumor. La mayoría de los fármacos antineoplásicos actúan sobre las células de la capa basal del epitelio, afectando su capacidad para renovarse. Esto genera la aparición de una serie de complicaciones bucales tales como la mucositis, disfunción del sentido del gusto, hipogeusia, xerostomía, Virus Herpes Simple y hongos la candidiasis.²

La familia cumple una función importante en el cuidado y preservación de la salud bucal, debido a que en ella se desarrollan hábitos y costumbres que se mantienen durante toda la vida. Es primordial la responsabilidad de cada integrante de la familia ante la salud, ya que de acuerdo a la importancia y participación que le den se podrán conseguir resultados satisfactorios en el futuro. El estomatólogo más allá de realizar promoción de la salud puede brindar aquellos beneficios de la modificación de los estilos de vida familiares.

Gonzales R. en el año 2000 encontró que las madres con poco conocimiento en salud bucal comúnmente poseen niños con altos niveles de caries dental, también encontraron que algunos niños pierden su primer molar permanente de manera prematura por falta de atención a comparación de los niños cuyas madres si tienen conocimientos sobre salud oral y por ello sus hijos mejor estado de salud bucal.³ Estudios similares indican que Martinez F. et al. (Colombia; 2011), describieron conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral, usando una muestra de 330

² DE LA FUENTE J., SUMANO O, CIFUENTES MC, ZELOCUATECATL, A. Impacto de la Salud Bucal en la Calidad de Vida de Adultos Mayores Demandantes de Atención Dental. En: Univ. Odontol. 2010, vol. 29, no. 63, p 83-92.

³ GLORIA ESCOBAR-PAUCAR, CATALINA SOSA-PALACIO, ÁNGELA SÁNCHEZ-MEJÍA. Oral health: social representations among pregnant mothers. Medellin, Colombia.2011.

padres y 8 cuidadores, obtuvieron por resultado una relación entre el nivel de conocimiento y el estrato socioeconómico. Además presenciaron buenos niveles de conocimiento (58.9%) en los padres y actitudes positivas en los cuidadores, no obstante ellos señalaron que los padres son los responsables del estado de salud bucal de sus hijos. Concluyeron en que estos resultados favorables ayudan a promocionar los hábitos higiénicos en los niños.⁴

Vale la pena destacar que existen varios reportes e investigaciones que describen o relacionan los factores familiares con la salud bucal del niño, pero no existen estudios aplicados a esta población en específico, por lo cual se hace necesario la realización del presente proyecto de investigación , ya que aunque se encuentra relación entre estos dos ítems, hay que corroborar si en esta población que es vulnerable y más sensible a presentar manifestaciones bucales, sus cuidadores tienen todo el conocimiento para promover una excelente salud bucal en sus hijos.

Observando lo expresado anteriormente se concluyó la siguiente pregunta.

¿Cuál es la relación entre el estado de salud bucal y los factores familiares en pacientes pediátricos diagnosticados con cáncer de la ciudad de Cartagena?

⁴ ISIS BÁRBARA HERRERA LÓPEZ. Oral Health and Family Functioning among Individuals from the Plaza de la Revolución Municipality of Havana, Cuba.2018.

2 JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades oncológicas conllevan a una situación adversa a quienes la padecen y a su grupo familiar, lo cual produce diversas actitudes y emociones en el mismo, ya que esta enfermedad es símbolo de sufrimientos incluso la muerte.⁵

Teniendo en cuenta lo anterior, es innegable decir que la enfermedad oncológica afecta no solo a quien la padece, sino a toda su familia; esta afirmación conlleva a los profesionales de la salud a percatarse de la importancia que hay en no solo tener prioridad con el paciente, es vital, trabajar con el núcleo familiar para lograr con éxito no solo el cumplimiento si no la preservación de resultados positivos tanto a nivel sistémico como bucal, en cuanto a las manifestaciones bucales en las pocas revisiones que existen describen una relación entre el conocimiento sobre salud bucal de la familia y las lesiones bucales presentes en los niños, dando como resultado que a menos educación con respecto al tema más caries y otras manifestaciones bucales que se presentan en boca de los niños.⁶ ⁷Existen pocos reportes e investigaciones que describen o relacionan la influencia de la familia con la salud bucal de niños con cáncer; la existencia de estas aún no está clara por lo

⁵ SOPILCA MONTERO ANY SOFIA, GARCÍA ANDREINA ALBANY. Emocionalidad del paciente hematooncológico en edad infantil y su círculo familiar desde una visión transformadora en el contexto recreacional. 2017.

⁶ GLORIA ESCOBAR-PAUCAR, CATALINA SOSA-PALACIO, ÁNGELA SÁNCHEZ-MEJÍA. Oral health: social representations among pregnant mothers. Medellin, Colombia.2011.

⁷ ISIS BÁRBARA HERRERA LÓPEZ. Oral Health and Family Functioning among Individuals from the Plaza de la Revolución Municipality of Havana, Cuba.2018.

tanto con esta investigación se estableció y se identificaron las diferentes manifestaciones orales que presentan los pacientes diagnosticados con cáncer de la fundación FUNDEVIDA.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Conocerla relación entre el estado de salud bucal y los factores familiares en pacientes pediátricos diagnosticados con cáncer de la ciudad de Cartagena.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las variables socio demográficas de los niños con cáncer y sus familias como la edad y sexo del niño, edad materna y paterna, estrato socioeconómico, nivel de escolaridad de los padres, estado civil, ocupación y religión.
- Describir las variables familiares como tipo de familia, presencia de hacinamiento, número de hijos, funcionalidad familiar.
- Evaluar el estado de salud bucal de los niños con Cáncer (lesiones orales, presencia y experiencia de caries y gingivitis)
- Relacionar el estado de salud bucal con los factores familiares y las variables sociodemográficas

4 MARCO TEORICO

4.1 EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL

El diagnóstico de una enfermedad oncológica y la muerte de quien la padece, produce un enorme impacto en su familia y entorno que es muy difícil de

explicar.⁸ A esta idea se unen otras reacciones frecuentes en los padres del niño y adolescente moribundos que incluyen sentimientos de culpabilidad, trastornos de la ansiedad y del estado de ánimo, ira, incredulidad y síntomas del estrés postraumático. Los otros integrantes de la familia, por lo general los hermanos suelen pasar a un segundo plano, dejando de recibir gran parte de la atención de sus padres y otros familiares, incluso pueden llegar a ser excluidos en los cuidados del enfermo.⁹

Cuando un paciente tiene cáncer las familias deben cambiar sus funciones. Por ejemplo, un ama de casa tiene que cambiar su rutina de pagar los servicios, preparar los alimentos, hacer aseo de la casa, cuidar los niños e ir de compras; delegando sus actividades a sus otros hijos o familiares. La familia que presenta un integrante con cualquier tipo de cáncer, se ve obligada a enfrentar un ambiente nuevo, algunas veces es necesario trasladarse de la comodidad de su hogar en busca de la atención especializada, para luego caer en cuenta que esta enfermedad es muy compleja, y que requiere la solicitud de hacerse varios estudios para la

⁸ M. DIE TRILL, MANUEL GONZALEZ BARÓN. El niño y el adolescente con enfermedad Terminal. Tratado de medicina Paleativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer.. 2012. Pag. 743.

⁹ STUBER M, SHEMESH E, SAXE GN. Post-traumatic stress responses in children with life-threatening illnesses. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2003; 12(2): 195-209.

confirmación del diagnóstico y planeación del tratamiento. De igual forma los tratamientos requeridos por el paciente, demandan mucho tiempo y altos costos económicos, que algunas veces debe cubrir la familia, por lo tanto, recibir la atención necesaria para esta enfermedad se convierte para el paciente y su familia en la actividad central en sus vidas por espacio de días, meses e incluso años. Este tipo de cambios pueden desorientar a la familia sobre la forma como deben reaccionar con el paciente y a su vez con cada uno de los otros familiares.

4.2 FAMILIA COMO FACTOR PROTECTOR O DE RIESGO PARA EL NIÑO CON CÁNCER

Los cambios que la enfermedad oncológica generan en las familias han llevado a los profesionales de la salud a darse cuenta de la importancia que tiene centrarse no solo en el paciente, es necesario, además, trabajar con el núcleo familiar para el éxito del tratamiento y mantenimiento de resultados positivos.

Este “darse cuenta” no es un claramente palpable en la práctica de la mayoría de los grupos asistenciales por lo que las familias siguen siendo las grandes ausentes en el contexto del paciente, y los programas de apoyo a la misma son aun incipientes.

Los conceptos descritos por Backett Davies y Petros-Barvazain (1985) fundamentan el enfoque de riesgo en un estudio de la Organización Mundial de la Salud, quienes definen el factor de riesgo como: “Cualquier característica o circunstancia comparable de una persona, o un grupo de personas que se conoce como asociada

con la posibilidad de desarrollar un proceso mórbido”. Los mismos autores sugieren formas de aplicación y uso del sistema de riesgo: “La idea de una discriminación positiva en el cuidado de la salud basada en la medición del riesgo y de sus cifras generales, pueden ser aplicadas a diferentes partes de un sistema como cuidado familiar y personal, cuidado comunitario, incremento en cobertura, mejoramiento referencial, modificación a los factores de riesgo, reorganización local, reorganización regional y nacional y políticas intersectoriales”.

Fernández, Alonso y Montero,¹⁰ definen riesgo a cualquier característica que se pueda evidenciar en una o varias personas y que se sabe está unida con un aumento la posibilidad de padecer, desarrollar incluso estar expuesto a una situación mórbida.

Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socioculturales, económicos, entre otros) pueden, sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos, produciéndose de este modo un fenómeno de interacción de los mismos. De tal modo existe una alta posibilidad de que en el futuro se presente un acontecimiento por lo general no deseado; la medición de esta probabilidad constituye el enfoque de riesgo aplicado en la presente investigación.

¹⁰ FERNANDEZ S, PITA; ALONSO MT, VILA Y MONTERO J, Carpente. Determinacion de factores de riesgo. En: metodología de la investigación. 2015 .

Amaya de Peña ha profundizado en la aplicación de este concepto, es así como encuentra los trabajos de Ezzati, Rodgers, López y Mathers, quienes demostraron que los factores de riesgo aportan en un 47% a las muertes tempranas e impactan en el 39% de la carga por enfermedad en 14 regiones epidemiológicas analizadas en el mundo. Así mismo se confirma que si los factores de riesgo se conformaran de varias intervenciones, se aumentarían las expectativas de vida en 9.3 años (17%) en países desarrollados y en 16.1 en regiones como el África sub-sahariana. Esta evidencia ha ayudado a tener en cuenta el estudio del riesgo para generar un impacto a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad revisando en la práctica que al actuar sobre el mayor número de riesgos conocidos, se ha hecho posible mejorar los niveles de salud de la población y así la calidad de vida de la misma.¹¹

Amaya de Peña define el “riesgo familiar” como “la probabilidad en que ocurren distintos efectos adversos individuales y familiares. Así, “Una familia con poco riesgo será la que mediante su composición, hábitos diarios de salud y el apoyo de los servicios de salud, ayudan a mantener en equilibrio los riesgos individuales y familiares manejando medidas de promoción, prevención”.

¹¹ AMAYA, P. Instrumento de riesgo familiar total Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Mayo de 2004. p 19 -29.

4.3 INTERVENCIONES DE APOYO FAMILIAR A NIÑOS CON CÁNCER.

Existen muchos estudios que confirman el apoyo social de la familia en este tipo de pacientes. Los Estados Unidos lideran el ranking de publicaciones contrario a Brasil que no reporto estudios entre 1996 y 2006. Colombia ofrece muy poca información al respecto.¹²

4.4 APOYO SOCIAL Y LA TRAYECTORIA DEL CÁNCER

El diagnóstico y / o recidiva de la enfermedad tienden a ser la fase más difícil para las familias de niños con cáncer (13-16). En ese momento, en general, necesitan más apoyo emocional y, durante el tratamiento, que también buscan el apoyo de información (17-19). Después de conocer el diagnóstico, las familias comienzan a buscar y recibir distintos tipos de apoyo social, lo que ayuda su ajuste en esta trayectoria. Sin embargo, se encontró que el apoyo ofrecido tiende a disminuir con el tiempo debido a la duración del tratamiento.¹³ El apoyo social es esencial para ayudar a las familias para hacer frente a la conmoción del diagnóstico y las exigencias que plantea el tratamiento posterior hasta el final, si esto significa la curación o la muerte.¹⁴

¹² RIBEIRAO PRETO. Social support and families of children with cancer: an integrative review Revista Latino-Americana de Enfermagem 2008, 16.

¹³ RODGERS BL, KNAFL KA, editors. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia (PA): WB Saunders; 2000.

¹⁴ VASILATOU-KOSMIDIS H. Supportive care in children with cancer. Our experience at "A. Kyriakou" Children's Hospital in Athens, Greece. Support Care Cancer 1998; 6:47

4.5 APOYO SOCIAL A LOS PADRES Y MADRES DE NIÑOS CON CÁNCER

Los padres y madres de niños con cáncer pueden tener diferentes respuestas de adaptación a la enfermedad. Para dar un ejemplo, los padres chinos con frecuencia reportan síntomas como pérdida de apetito y de peso, dificultades para dormir, seguido de dolores de cabeza, mareos y, por último, los resfriados, las madres chinas, en cambio, presentaron más síntomas que los padres. En general, los hombres sufren más de aislamiento y reciben menos apoyo social que las mujeres, ya que las madres muestran una mayor ansiedad, por lo que buscan y necesitan más apoyo que los padres.¹⁵

En la práctica, las variaciones individuales se deben tomar en cuenta con vistas a la mejor elaboración de un plan centrado en la familia de atención, a pesar de lo que las diferencias de género no son apropiadas, es decir, tanto los padres y las madres se les debe ofrecer el mismo apoyo, independientemente del género.¹⁶

Las fuentes de apoyo que ofrece a estos clientes se encuentran los socios (16,21), la familia, amigos, empleados, equipo hospitalario y otros padres que experimentan la misma situación. Sugerencias para aumentar el apoyo ofrecido a las familias incluyen: la atención que ofrecen a través de voluntarios capacitados; participación de las personas que guían a las familias en las etapas iniciales del tratamiento y dar oportunidades para que puedan conocer a los niños cuyo tratamiento fue

¹⁵ MARTINSON IM, LIU-CHANG C, YI-HUA L. Distress symptoms and support systems of chinese parents of children with cancer. *Cancer Nurs* 1997; 20(2):94-9.

¹⁶ SUZUKI LK, KATO PM. Psychosocial support for patients in pediatric oncology: the influences of parents, schools, peers, and technology. *J Pediatr Oncol Nurs* 2003 July-August; 20(4):159-74.

exitoso, el desarrollo de grupos de apoyo para los padres,¹⁷ ya sea en el hospital o por vía electrónica, además de fomentar el uso de las nuevas tecnologías: acceso a Internet y uso de los videojuegos para iniciar diálogos sobre el cáncer entre los niños y los padres. A través de la gama de intervenciones disponibles, enfermeras y otros profesionales de la salud pueden desempeñar un papel importante mediante el aumento de estas intervenciones, así como al ofrecer acceso a diferentes tipos de apoyo a los niños con cáncer y sus familias.¹⁸

Proporcionar apoyo social a los familiares de niños con cáncer es una parte de la integralidad de la atención en salud. El apoyo social con frecuencia tiende a disminuir con el tiempo, pero su oferta no debe ser excluida, como las diferentes fases de los niños y sus familias se enfrentan a sus propias características y familiares no siempre expresan las dificultades que experimentan. Para permitir que los servicios de la salud contribuyan sustancialmente en el curso que el cáncer impone, la planificación de servicios y cuidados apropiados, sobre la base de las necesidades en cada fase de la enfermedad, es importante contar con instrumentos que ayuden en la identificación de los tipos de apoyo social que favorezcan a estos clientes, tales como: comunicación adecuada, entrevistas, genograma, ecomapa, entre otros. Los estudios a futuro deberían tratar de entender lo que estas familias necesitan más en la trayectoria del cáncer, ya sea toda la familia o de cada integrante del grupo familiar, este sano o enfermo y si se presentan o no en el ambiente hospitalario.¹⁹

4.6 IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA SALUD BUCAL DEL NIÑO

¹⁷ VASILATOOU-KOSMIDIS H. Supportive care in children with cancer. Our experience at "A. Kyriakou" Children's Hospital in Athens, Greece. *Support Care Cancer* 1998; 6:47.

¹⁸ Suzuki LK, Kato PM. Psychosocial support for patients in pediatric oncology: the influences of parents, schools, peers, and technology. *J Pediatr Oncol Nurs* 2003 July-August; 20(4):159-74.

¹⁹ Neil-Urban S, Jones JB. Father-to-father support: fathers of children with cancer share their experience. *J Pediatr Oncol Nurs* 2002 May-June; 19(3): 97-103.

La manera de educar para cambiar o modificar el estilo de vida para promover la salud, hay que ayudar a su desarrollo en la familia, por lo que hay que fortalecer la unión, la autoridad y prestigio de la misma. Al restablecer el estilo de vida de las personas, mejoran características significativas como el nivel educacional, que ayuda a realizar de forma más posible las labores de promoción de salud y prevención de enfermedades como las bucales.²⁰

La prevención de las enfermedades bucales es viable si la familia ayuda, ya que, es en esta donde se crean hábitos y costumbres. El estilo de vida y el modo de llevarla se relacionan a factores de riesgo que pueden provocar una aparición de enfermedades bucodentales o modificar el desarrollo de estas. Estos factores incluyen el consumo de alimentos cariogénicos, la higiene bucal pésima, los malos hábitos como el consumo de bebidas alcohólicas y el hábito de fumar, entre otros. Los hábitos dietéticos modernos han sido relacionados con diferentes manifestaciones del organismo, entre estas las bucales.²¹

Para poder desarrollar las actividades de educación para la salud, que incorporan las labores de prevención y promoción de salud bucal de una comunidad, es necesario conocer las características de la situación de salud bucal de las personas, ya que enseñar para promover una buena salud significa participar en un proyecto cuyo objetivo fundamental es la ausencia de enfermedades. Estos proyectos de

²⁰ MARTA MARÍA CAPOTE FERNÁNDEZ, LEARSYS ERNESTO CAMPELLO TRUJILLO. Significance of family in the oral hygien. vol.18, 2017.

²¹ MUNGI CASTAÑEDA, AGUILAR GALVEZ ,Manifestaciones orales en niños sometidos a tratamiento antineoplásico; revista científica odontológica universidad científica del sur, 2014.

promoción de salud se deben ejecutar de acuerdo con las características de cada población como son: el nivel de vida, el nivel de escolaridad y la edad de la población en la que se desarrolla esta labor. De esta manera se puede conseguir una buena forma de comprender y entender la actividad, principalmente dirigida a los factores que determinan las enfermedades bucales con más prevalencia en nuestra población, cada vez es más necesario la prevención en salud de manera integral llegando más allá de las causas de los problemas estomatológicos y entender que por mucho tiempo se le ha brindado una mayor importancia a la restauración de los daños que a la prevención de aquellos factores que desencadenan la patogénesis de estos.²²

5 METODOLOGÍA PROPUESTA

Se realizó un estudio descriptivo, en el cual la muestra piloto se tomó de manera no probabilística a criterio del investigador en niños con un rango de 0 a 14 años de edad con diagnóstico de cáncer de la fundación FUNDEVIDA y sus familiares acompañantes que estuvieron dispuestos a participar en esta evaluación, obteniendo 20 niños que fueron evaluados para la investigación. Se realizaron unos formatos de recolección de datos, teniendo en cuenta los siguientes criterios de Inclusión: Familias de pacientes en edad pediátrica diagnosticados con cáncer sin

²² GREGO REÑONEZ C, VENA FERNANDEZ C, FERNANDEZ PEREZ D. Salud bucal en el paciente oncológico. VOL.19.2001

excepción de sexo, nivel socioeconómico, procedencia, raza y que pertenecieran a FUNDEVIDA, este estudio se realizó teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993, donde se expresa en el capítulo 1 artículo 11 que es una investigación con riesgo mínimo.

Fue necesario que todos los sujetos aceptaran participar en el presente estudio a través del diligenciamiento de un consentimiento informado por escrito, teniendo en cuenta la normatividad legal vigente (resolución 008430 de 1993 Ministerio de salud, república de Colombia). Se excluyeron aquellas familias de niños que no están en rango de edad pediátrica y cuyos padres no aceptaron ser parte del estudio.

Además se diligenciaron dos formatos de recolección de datos diseñados para el presente estudio, el primero fue un instrumento para recolectar variables familiares con el objetivo de poder identificar factores sociodemográficos, estructura y riesgo familiar, además se aplicó el APGAR para medir la funcionalidad familiar de dichas familias; el segundo instrumento constaba de un examen clínico estomatológico, con el fin de evaluar el estado de salud bucal, identificando lesiones en toda la mucosa oral. La creación de ambos formatos estuvo basada en las historias clínicas de salud familiar y semiología ejecutadas en las clínicas de la facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.

Posterior a la firma del consentimiento informado se diligenció el formato familiar al acompañante, teniendo en cuenta: características sociodemográficas del niño como edad, sexo, nivel de escolaridad, seguridad social y diagnóstico definitivo;

composición familiar, estructura y riesgo individual como miembros de la familia, número de hermanos, tipo de vivienda, número de habitaciones y personas por habitación y por último la evaluación de las variables sociodemográficas de sus familiares, edad, ocupación, nivel de escolaridad, tipo de unión conyugal y religión. Además de diligenciar el APGAR familiar por uno de sus cuidadores; luego se realizó el examen intraoral completo donde determinamos las manifestaciones en boca de estos niños diagnosticados con cáncer, las cuales se describieron en el formato según su ubicación, color, sintomatología y evolución.

Se realizó la recolección de los datos en tabla matriz en Excel. Se tuvo en cuenta como variables el sexo, edad, presencia de lengua saburral, lengua fisurada, petequias, fluorosis, color de la mucosa, estrato socioeconómico y funcionalidad familiar. Se efectuó el análisis estadístico descriptivo de frecuencias, para ello se procesó la información de las variables en la base de datos del paquete estadístico SSPS versión 25 IBM.

6 RESULTADOS

El grupo de evaluados estaba conformado por 20 niños diagnosticados con Cáncer de la fundación FUNDEVIDA, los cuales eran 12 niñas y 8 niños. Este estudio se basó en un análisis descriptivo consistiendo en frecuencia y porcentaje, por intermedio del programa SSPS versión 25 IBM que nos arrojó los siguientes resultados:

En la tabla 1 podemos apreciar que de los 20 niños diagnosticados con Cáncer que fueron examinados en la Fundación FUNDEVIDA de Cartagena, la mayoría de los niños de estudio fueron de sexo femenino, y con lo referente a la edad se puede observar que el rango donde más prevalencia hay de Cáncer es el rango que equivale a edades entre 6 a 10 años.

6.1 TABLA 1: Características sociodemográficas de los pacientes con cáncer.

Sexo y edad		
	Frecuencia	Porcentaje %
Masculino	8	40
Femenino	12	60
Rango Edad		
0 a 5	3	15
6 a 10	10	50
11 a 14	7	35
Total	20	100

En la tabla 2 se obtuvieron resultados de las variables sociodemográficas de los cuidadores tales como nivel de escolaridad y ocupación distribuidas así: 3 madres (15 %) y 7 padres (35%) estudiaron hasta la primaria, 7 madres (35%) y 7 padres (35%) estudiaron solo hasta la secundaria, 4 madres (20%) y 3 padres (15%) estudiaron una carrera técnica superior , 4 madres (20%) y 1 padre (5%) son tecnólogos y 2 madres (20%) y 2 padres (20%) son profesionales; con respecto a la ocupación se observaron los siguientes resultados: 1 madre (5%) y 2 padres (10%)

ejercen su profesión profesional, 3 madres (15%) y 6 padres (30%) trabajan asociados a una empresa, 3 madres (15%) y 8 padres (40%) se dedican a oficios varios, 2 madres (10%) y 4 padres (20%) trabajan de forma independiente y por ultimo 11 madres (55%) son amas de casa.

6.2 TABLA 2. Características sociodemográficas de los padres.

Nivel de escolaridad				
	Madre		Padre	
	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje
Primaria	3	15	7	35
secundaria	7	35	7	35
Superior técnica	4	20	3	15
Tecnólogo	4	20	1	5
Profesional	2	20	2	20

Ocupación				
Profesional	1	5	2	10
Obrera	3	15	6	30
Oficios varios	3	15	8	40
Independiente	2	10	4	20
Ama de casa	11	55	----	----

En la tabla 3 se observa que 18 pacientes (90%) presentaron lengua saburral, 2 (10%) presentaron lengua fisurada, 7 pacientes (35%) presentaron petequias, 7 (35%) presentaron caries, 9 pacientes (45%) presentaron encía enrojecida, 2

pacientes (10%) presentaron manchas y 1 paciente (5%) presento hiperplasia epitelial focal, pero encontramos en un porcentaje de un 100% de los niños que presentaron un color pálido en la mucosa.

6.3 TABLA 3. Manifestaciones bucales de niños con cáncer.

Manifestaciones Bucles		
	Frecuencia	Porcentaje %
Lengua Saburral	18	90
Lengua Fisurada	2	10
Total	20	100
Petequias	7	35
Mucosa color pálido	20	100
Total	20	100
Caries	7	35
Encía enrojecida	9	45
Manchas	2	10
Hiperplasia epitelial focal	1	5
Otras	1	5
Total	20	100

En la tabla 4 podemos observar la relación que existe entre la funcionalidad familiar con las manifestaciones en lengua y presencia de caries, la cual muestra que el

40% de los niños que pertenecen a familias con disfunción moderada presenta lengua saburral y el 25% tiene presencia de caries.

6.4 TABLA 4. Relación de presencia de manifestaciones bucales con la funcionalidad familiar.

Funcionalidad Familiar	Manifestaciones en lengua		Caries	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Normal	3	15	0	0
Disfunción leve	7	35	1	5
Disfunción moderada	8	40	5	25
Disfunción severa	2	10	1	5

En la tabla 5 podemos observar relaciones de los factores sociodemográficos con las manifestaciones bucales, encontramos que 6 (30%) de los hijos de empleados, así como 6 (30%) de aquellos padres que estudiaron hasta secundaria presentan manifestaciones en lengua (lengua saburral, lengua fisurada o ambas); además se encontró que 6 niños (30%) de aquellos padres que se dedican a oficios varios presentaron caries al igual que 3 (15%) de aquellos padres que estudiaron hasta primaria, por ultimo 5 (25%) niños de padres que ejercen oficios varios y de aquellos

que estudiaron hasta primaria presentaron encía enrojecida. Por ultimo observamos que en el estrato 1 es donde existe más prevalencia a presentar manifestaciones bucales.

6.5 TABLA 5: Relación de la presencia de manifestaciones bucales con los factores sociodemográficos de los padres.

	lengua		Caries		Encía enrojecida	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<u>Ocupación</u>						
Profesional	0	0	0	0	0	0
Empleado	6	30	4	20	4	20
Oficios varios	5	25	6	30	5	25
Independiente	5	25	1	5	0	0
Ama de casa	4	20	3	15	5	25
<u>Nivel de escolaridad</u>						
Primaria	5	25	3	15	5	25
secundaria	6	30	2	10	4	20
Superior técnica	1	5	2	10	2	10
Tecnólogo	1	5	2	10	3	15
Profesional	0	0	0	0	0	0
<u>Estrato</u>						
Estrato 1	19	95	7	35	9	45
Estrato 2	1	5	0	0	0	0

7 DISCUSIÓN

La salud bucal es un constituyente inseparable e importante de la salud general ya que las enfermedades del sistema estomatognático afectan a la salud general del individuo. Lo fundamental es orientar hábitos adecuados de higiene, alimentación, etc., así como factores que favorecen la aparición de enfermedades bucales. Existen diferentes estudios que hablan acerca de las manifestaciones bucales que se presentan en niños, en este estudio de tipo descriptivo con una muestra piloto de 20 pacientes se encontró 18 pacientes (90%) presentaron lengua saburral, 2 (10%) presentaron lengua fisurada, 7 pacientes (35%) presentaron petequias, 7 (35%) presentaron caries, 9 pacientes (45%) presentaron encía enrojecida, 2 pacientes (10%) presentaron manchas y 1 paciente (5%) presento hiperplasia epitelial focal, pero encontramos en un porcentaje de un 100% de los niños que presentaron un color pálido en la mucosa. En un estudio realizado por García Pola y col. En Oviedo, España (2000) obtuvieron como resultado a la lengua saburral como la patología más frecuente de la población infantil de 6 años con un porcentaje de 16,02%. Además, observaron la obtención de una relación estadísticamente significativa entre la lengua saburral y la presencia de fístulas dentoalveolares, lo que podría fundamentar que el desarrollo de una lengua saburral pueda estar favorecido por la colonización de gérmenes más agresivos procedentes de las fístulas dentoalveolares.²³ Grispan (2005) encontró que la lengua fisurada es la patología lingual más frecuente después de la lengua geográfica, la halló en un 2,4% de 620

²³ CARMEN GARCÍA POLA, Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de oviedo (españa) 2000.

niños observados antes de los 12 años, siendo la mayor incidencia a los 8 años y medio. Mungi y col.(2014)Realizaron un estudio descriptivo en Perú en 298 pacientes en el que encontraron lesiones orales en niños con cáncer al igual que en este estudio encontraron mucosa pálida y presencia de petequias pero en frecuencia diferente, en su revisión la palidez de la mucosa se encontró en 59 niños (19.8%) y las petequias en 4 niños (1.3%).²⁴

Teniendo en cuenta los factores sociodemográficos con las manifestaciones bucales, encontramos que 6 (30%) de los hijos de empleados, así como 6 (30%) de aquellos padres que estudiaron hasta secundaria presentan manifestaciones en lengua (lengua saburral, lengua fisurada o ambas); además se encontró que 6 niños (30%) de aquellos padres que se dedican a oficios varios presentaron caries al igual que 3 (15%) de aquellos padres que estudiaron hasta primaria, por ultimo 5 (25%) niños de padres que ejercen oficios varios y de aquellos que estudiaron hasta primaria presentaron encía enrojecida. Por ultimo observamos que en el estrato 1 es donde existe más prevalencia a presentar manifestaciones bucales.

Medin y cols, realizaron un análisis comparativo de dos estudios transversales en México donde se incluyeron 2,939 niños el cual dio como resultado que en los estratos socioeconómicos más bajos existe una prevalencia de manifestaciones bucales y mayor presencia de caries. Reisine (2001) encontró que la prevalencia

²⁴ MUNGI CASTAÑEDA, AGUILAR GALVEZ , Manifestaciones orales en niños sometidos a tratamiento antineoplásico; revista científica odontológica universidad científica del sur, 2014.

de caries aumenta conforme disminuye el nivel socioeconómico. En este estudio, los niños que presentaban caries dental viven en su mayoría en estrato socioeconómico bajo nivel I.²⁵

Referente a los resultados de la relación que existe entre la funcionalidad familiar con las manifestaciones en lengua y presencia de caries, la cual muestra que el 40% de los niños que pertenecen a familias con disfunción moderada presenta lengua saburral y el 25% tiene presencia de caries. Herrera López²⁶ IB(2018) realizó un estudio descriptivo sobre funcionamiento familiar y hábitos bucales con 20 familias en Cuba, en él se observó que el edentulismo fue el problema de salud más frecuente, con 45 individuos para un 53.57 %, muy seguido de la caries dental, representada por 35 personas, para un 41.67 %. Hubo más afectados en las familias disfuncionales, observándose los porcentos más elevados. Solo el 19.05 % resultaron sanos y todos pertenecían a familias funcionales. Los conocimientos sobre salud bucal de la familia pueden influir de manera positiva en la salud de los niños de quienes son responsables, debido a que ellos son los responsables de enseñarles hábitos adecuados de higiene bucal; sin embargo, existen casos en los que ellos no poseen dichos conocimientos para prevenir enfermedades en la cavidad oral. Escobar y cols(2010) en Medellín, Colombia, encontraron que las madres se manifiestan dispuestas a dar a sus hijos una buena salud bucal, la cual

²⁵ DÍAZ CÁRDENAS Y COLS, prevalence of dental caries related to family factors in schoolchildren from the city of Cartagena in Colombia. 2001.

²⁶ Herrera López y cols. Principales lesiones bucales y factores de riesgo familiares en una población en peru.2018.

consideran que es su responsabilidad, pero reclaman un mayor apoyo del personal de salud. Estos hallazgos permitieron evidenciar las dificultades que los cuidadores han encontrado para lograr una colaboración eficiente en las acciones educativas que se utilizan a diario dentro del hogar infantil.

8 CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos se concluye que se presenta una relación bucal con los factores familiares en pacientes con cáncer, de igual forma que las familias juegan un rol fundamental en la aparición de estas patologías, de las cuales las más frecuentes fueron mucosa pálida seguida de lengua saburral. Con lo anterior se recomienda ampliar el tamaño de la muestra para así lograr la significancia estadística.

9 BIBLIOGRAFIA

AMADO RODRÍGUEZ CALZADILLA. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales de los niños.2000.

AMADO RODRÍGUEZ CALZADILLA. CAROLINA VALIENTE SALDIVAR. Nubia tan Castañeda. Las familias saludables y los factores determinantes del estado de salud. 2001.

AMAYA, P. Instrumento de riesgo familiar total Manual. Aspectos teoricos, psicometricos, de estandarizacion y de aplicacion. Universidad Nacional de Colombia, Bogota. Mayo de 2004. p 19 -29.

CARMEN GARCÍA POLA*, Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de oviedo (españa) 2000.

CARMEN POZO MUÑOZA, BLANCA BRETONES NIETO, MARÍA JOSÉ MARTOS MÉNDEZB, ENRIQUEALONSO MORILLEJOA Y NURIA CID CARRIQUE. Psychosocial consequences of childhood cancer, social support and health in families affected. 2015.

CARREÑO MORENO S, ARIAS ROJA M, Competence to care in the home and burden in the caregiver and the child with cancer. 2016.

CARREÑO-MORENO, S., CHAPARRO-DÍAZ, L, BLANCO SÁNCHEZ, P. Family caregiver of a child with cancer: a role in transition. Revista Latinoamericana de Bioética, 2017.17(2), 18-30.

DE LA CUESTA D, PÉREZ E, LOURO I. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr.1996;12(1):24-31.

DE LA FUENTE J., SUMANO O, CIFUENTES MC, ZELOCUATECATL, A. Impacto de la Salud Bucal en la Calidad de Vida de Adultos Mayores Demandantes de Atención Dental. En: Univ. Odontol. 2010, vol. 29, no. 63, p 83-92

DÍAZ CÁRDENAS Y COLS, prevalence of dental caries related to family factors in schoolchildren from the city of Cartagena in Colombia. 2001.

FARITH GONZÁLEZ MARTÍNEZ, MSP; CARMEN CECILIA SIERRA BARRIOS, ODONTOL; LUZ EDILMA MORALES SALINAS, Odonto Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salus pública Mex. Vol.53. N3, 2011.

FERNANDEZ S, PITA; ALONSO MT, VILA Y MONTERO J, CARPENTE. Determinacion de factores de riesgo. En: metodología de la investigación. 2015.

GABRIELA STEPHANIA CONTRERAS WU. Knowledge of the oral health of caregivers of children under 12 years of age of caserío el rosario, sándor district, huancabambapiura, peru 2016.

GLORIA ESCOBAR-PAUCAR, CATALINA SOSA-PALACIO, ÁNGELA SÁNCHEZ-MEJÍA. Oral health: social representations among pregnant mothers. Medellin, Colombia.2011.

GONZALES R. Educación de la madre y el estado de salud de las 1ras molares permanentes en sus hijos de 6-10 años.Universidad Nacional Mayor de San Marcos;Lima, 2000.

GREGO REÑONEZ C, VENA FERNANDEZ C, FERNANDEZ PEREZ D. Salud bucal en el paciente oncológico. Vol.21. 2016.

GRETHEL CISNEROS DOMÍNGUEZ. YADIRA HERNÁNDEZ BORGES. Education for oral health in early years of life. Vol.12, 2011.

ISIS BÁRBARA HERRERA LÓPEZ. Oral Health and Family Functioning among Individuals from the Plaza de la Revolución Municipality of Havana, Cuba.2018.

JENS GP, CHANEY HS, BRODIE KE. Family coping, styles, and challenges. Nurs Clin North Am. 2001;36(4):795-808.

KERR LMJ, HARRISON MB, MEDVES J, TRANMER J. Supportive care needs of parents of children with cancer: transition from diagnosis to treatment. Oncol Nurs Forum 2004; 31(6):116-26.

LOURDES A. BENAVENTE LIPAL, SYLVIA A. CHEIN VILLACAMPA. Level of knowledge on oral health of mothers and their relation to the oral health status of children under five years of age. 2012.

Mº DEL ROSARIO RIOBOO CRESPO, PALOMA PLANELLS DEL POZO, RAFAEL RIOBOO GARCÍA. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. 2005.

M.J. GARCÍA-POLA VALLEJO, J.M. GARCÍA MARTÍN, M. GONZÁLEZ GARCÍA. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de oviedo (españa). 2002.

M. DIE TRILL: El niño y el adolescente con enfermedad Terminal. Tratado de medicina Paleativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Manuel Gonzalez Barón. 2012. Pag. 743.

MARTA MARÍA CAPOTE FERNÁNDEZ, LEARSYS ERNESTO CAMPELLO TRUJILLO. Significance of family in the oral hygiene. 2017.

MARTINSON IM, LIU-CHANG C, YI-HUA L. Distress symptoms and support systems of Chinese parents of children with cancer. *Cancer Nurs* 1997; 20(2):94-9.

MCGRATH P. Identifying support issues of parents of children with leukemia. *Cancer Pract* 2001; 9(4):198-205.

MUNGI CASTAÑEDA, AGUILAR GALVEZ , Manifestaciones orales en niños sometidos a tratamiento antineoplásico; revista científica odontológica universidad científica del sur, 2014.

NEIL-URBAN S, JONES JB. Father-to-father support: fathers of children with cancer share their experience. *J Pediatr Oncol Nurs* 2002 May-June; 19(3): 97-103.

NORBERG AL, LINDBLAD F, BOMAN KK. Support-seeking, perceived support, and anxiety in mothers and fathers after children's cancer treatment. *Psychooncology* 2006; 15: 335-43.

OSORIO A. BERMÚDEZ S. LAMBERTINI A. GUERRA ME.4. Experiencia en educación, prevención y control de complicaciones orales de niños con cáncer.2015.

RIBEIRAO PRETO. Social support and families of children with cancer: an integrative review *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2008, 16.

ROCA M, HERNÁNDEZ L. Estudio psicológico de la dinámica familiar en niños con neoplasias malignas. Trabajo presentado en el Congreso de Psicología de la Salud. 1994.

RODGERS BL, KNAFL KA, editors. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia (PA): WB Saunders; 2000.

ROSALEEN O. HEALTH SOC WORK. Burden of care and childhood cancer: experiences of parents in Asian context. 2003 August; 28(3): 232-40.

SOPILCA MONTERO ANY SOFIA, GARCÍA ANDREINA ALBANY. Emocionalidad del paciente hematooncológico en edad infantil y su círculo familiar desde una visión transformadora en el contexto recreacional. 2017.

STUBER M, SHEMESH E, SAXE GN. Post-traumatic stress responses in children with life-threatening illnesses. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2003; 12(2): 195-209.

SUZUKI LK, KATO PM. Psychosocial support for patients in pediatric oncology: the influences of parents, schools, peers, and technology. J Pediatr Oncol Nurs 2003 July-August; 20(4):159-74.

VASILATOU-KOSMIDIS H. Supportive care in children with cancer. Our experience at "A. Kyriakou" Children's Hospital in Athens, Greece. Support Care Cancer 1998; 6:47.

VELANDI RATIVA MELENDEZ. Carga financiera familiar asociada al cuidado del niño con cancer. 2017.

10 LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DILIGENCIAMIENTO DE ENCUESTA.

Título. RELACIÓN ENTRE SALUD BUCAL Y FACTORES FAMILIARES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER EN CARTAGENA.

INVESTIGADORES: Martha Carmona Lorduy, Shirley Díaz, Lorena García Muñoz, Eloísa Padilla Ramírez.

El objetivo del estudio es: Conocer la relación entre el estado de salud bucal y los factores familiares en pacientes pediátricos diagnosticados con cáncer de la ciudad de Cartagena.

Yo _____ Identificado con cédula de ciudadanía No _____

En representación de _____, certifico mi aceptación para participar o autorizar la participación de un menor en el presente estudio. Se me ha informado que estos procedimientos no presentan ningún proceso que requiera riesgo para la salud del niño y me han confirmado los investigadores que los resultados del presente estudio van a ser presentados compilados, sin vulnerar su intimidad y el derecho de preservar su identidad y la condición que presenta. Además se me ha informado que al niño que represento se le hará una encuesta sobre su estado clínico y salud bucal. En este sentido, conozco los compromisos que adquiero con este proyecto y que en todo momento seré libre de continuar o de retirarme, con la única condición de informar oportunamente mi deseo, al investigador (es).

Firmo ante un testigo, el presente documento en la ciudad de _____ a

Los _____ días del mes _____ del año _____.

Firma y cédula del representante legal del niño.

Firma y documento de ID del Investigador principal

Firma y documento de ID del testigo 1

**ANEXO B
INSTRUMENTO**

**Instrumento Para Recolectar variables familiares en niños con Cáncer.
Universidad de Cartagena, Facultad de Odontología**

Objetivo: Identificar factores socio demográficos, estructura, funcionalidad y riesgo familiar de las poblaciones sujeto de estudio.

1.0 IDENTIFICACION DE LA FAMILIA

N_____ Tipo de valoración: Inicial___ Seguimiento___

Apellidos de la familia_____

Dirección_____ Teléfono _____

Procedencia: Urbana___ Rural_____ Estrato _____

2.0 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL NIÑO Y DATOS DE LA ENFERMEDAD.

2.1 Nombre del niño_____ **2.2** Edad_____ **2.3** Sexo: M___ F___

2.4 Estudia Si___ No___ **2.5** Nivel de Escolaridad del niño: Transición___ Primaria 1°() 2°() 3°() 4°() 5°()

2.6 Seguridad Social en Salud: Contributivo___ Subsidiado___ Desplazado___ Otros Servicios___ Cual?_____

2.7 Diagnóstico Definitivo_____ **2.8** Antigüedad del Diagnostico (año, mes)_____ **2.8** Tratamiento recibido: Quimioterapia () Cirugía () Radioterapia ()

Apoyo psicosocial () Medicina Alternativa () Otros___ Cual y Explique_____

2.9 Lugar de atención_____

3.0 COMPOSICIÓN FAMILIAR, ESTRUCTURA Y RIESGOS INDIVIDUALES

3.1 Cuantos miembros conforman la familia:

Uno _____ Dos _____ Tres _____ Cuatro _____ Más de 5 _____

3.2 Número de hermanos _____

3.3 Tipo de vivienda: casa _____ Apto _____ Tugurio _____

3.4 Número de habitaciones _____ 3.5 Número de personas por habitación _____

4.0 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

4.1 Nombre de la madre: _____ edad: _____

4.2 Nivel de escolaridad: _____ Ocupación: _____

4.3 Nombre del padre: _____ edad: _____

4.4 Nivel de escolaridad: _____ Ocupación: _____

4.5 Tipo de Unión Conyugal Actual de los Padres: Mono parental () Matrimonio Católico ()
Matrimonio Civil () Unión Libre () Separados () Divorciados Legalmente () Viudos ()

4.6 Quienes trabajan actualmente en la familia (pueden marcar hasta dos respuestas)

Padre _____ Madre _____ Abuelos _____ Tíos _____ Otra persona _____ Ninguno
trabaja _____

4.7 Antecedentes familiares de Cáncer: Si _____ No _____ No sabe _____

Tipo de Cáncer: _____

4.8 Religión: Católica () Cristiana () Testigos de Jehová () Otra () Cual _____
Ninguna ()

EXAMEN ESTOMATOLOGICO

REGIÓN PERIORAL (semimucosa labial): descamaciones _____ costras _____ úlceras
_____ surcos _____ color _____ manchas _____ otras _____

MUCOSA LABIAL: color _____ eritema _____ atrofia _____ úlceras _____
descamaciones _____ surcos _____ manchas _____ indentaciones _____
Nódulos a la palpación _____ sintomatología dolorosa _____ ampollas _____
Ampollas _____ pápulas _____ otras _____

MUCOSA YUGAL: color _____ eritema _____ atrofia _____ úlceras _____ Induraciones a la palpación _____ halo eritematoso _____ halo blanquecino _____

Sangrado _____ ampollas _____ erosiones _____ pápulas _____
Placa blanquecina pseudomembranosa _____ otras _____

PALADAR DURO : tumoración _____ sintomatología dolorosa _____ color _____ úlceras _____ otras _____

PALADAR BLANDO Y OROFARINGE: liso _____ brillante _____ color _____ halo eritematoso _____ halo blanquecino _____ sangrado _____ sintomatología dolorosa _____ otras _____

LENGUA: (Cara dorsal, bordes derechos e izquierdo y cara ventral) surcos _____ indentaciones _____ placa blanquecina _____ papilas atrofiadas _____ induraciones a la palpación _____ surcos _____ sintomatología dolorosa _____ descamaciones _____

PISO DE BOCA: úlceras _____ ampollas _____ erosiones _____ eritema _____ sintomatología dolorosa _____ otras _____

TABLA MANDIBULAR INTERNA _____ EXTERNA _____: tumoración _____ sintomática _____ color de la mucosa _____ consistencia pétreo _____ otras _____

ENCIA: sangrado _____ exudado _____ color _____ forma _____ otras _____

DIENTES: fluorosis (leve, moderada, severa) _____ cálculos _____ erupción normal _____ anormal _____

IMPRESIÓN CLÍNICA Gingivitis _____ Mucositis _____ Periodontitis _____ candidiasis oral _____ Estomatitis aftosa _____ lengua geográfica _____ lengua saburral _____ Leucoplaquias _____ eritroplaquias _____ liquen plano _____ pénfigo _____

Torus palatino _____ torus mandibular _____ exotosis _____ eritroleucoplasia _____

Petequias _____ efélides _____

5.0 APGAR FAMILIAR Y SOPORTE DE AMIGOS

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia se define como el o los individuos con quienes usualmente vive. Si usted

vive solo, ahora su familia consiste en la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Para cada pregunta marque solo una x

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo					

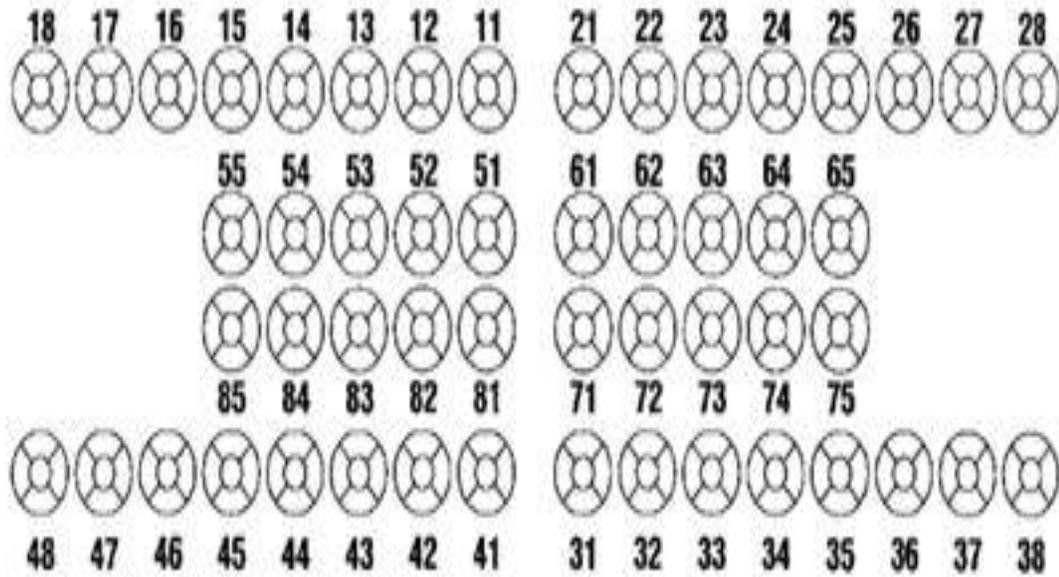
para estar juntos b) los espacios en la casa c) el dinero.					
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos(as)					
Tiene usted algún (a) amigo (a) cercano (a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

DIAGNOSTICO DE CARIES									
DIENTE	Apariencia Visual					COP/CEOS			Total
	O	V	L/P	M	D	C	O	P/E	
51-11									
52-12									
53-13									
54-14									
55-15									
16									
17									
61-21									
62-22									
63-23									
64-24									
65-25									
26									
27									
71-31									
72-32									
73-33									
74-34									
75-35									
36									
37									
81-41									
82-42									
83-43									
84-44									
85-45									
46									
47									

RIESGO CARIOGENICO ALTO _____ MEDIANO _____ BAJO _____

ODONTOGRAMA

(Utilice las convenciones referenciadas en el cuadro anexo)



Convenciones Odontograma	
Caries presentes	Rellenar superficie con rojo
Obturaciones presentes	Rellenar superficie con azul
Sellantes adaptados	Una S en azul sobre el diente
Sellantes desadaptados	Una S en rojo sobre el diente
Dientes Extraídos/Extolados	Línea vertical en azul
Dientes sin erupcionar	Línea horizontal en azul
Extracción indicada	Una X sobre el diente en rojo

