



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO.**



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA CIRUJANO DENTISTA**

Nivel de conocimiento de los alumnos de cuarto año de la carrera Cirujano Dentista de la FES Zaragoza sobre el manejo odontológico en pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática, en el ciclo escolar 2016 – 2017.

TESIS:

Para obtener el Título de Cirujano Dentista

Presenta:

Villegas Contreras Cinthia Rafaela.

Director: CD. J. Jesús Regalado Ayala

Mtra. Josefina Morales Vázquez

Ciudad de México, a 30 de noviembre del 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

I.	Introducción.....	4
II.	Marco teórico.....	5
III.	Planteamiento del problema.....	35
IV.	Objetivos.....	36
V.	Material y método.....	36
	• Tipo de estudio	
	• Población de estudio	
	• Universo	
	• Muestra	
	• Criterios de inclusión	
	• Criterios de exclusión	
	• Variables	
	• Instrumento de recolección de datos	
	• Técnica.	
VI.	Recursos.....	38
VII.	Diseño estadístico.....	38
VIII.	Bases éticas y legales.....	39
IX.	Resultados.....	40
X.	Discusión.....	86
XI.	Conclusión.....	87
XII.	Propuesta.....	89
XIII.	Referencias bibliográficas.....	90
XIV.	Anexo.....	94

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DE CUARTO AÑO DE LA CARRERA CIRUJANO DENTISTA DE FES ZARAGOZA SOBRE EL MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA, EN EL CICLO ESCOLAR 2016 – 2017.

I. INTRODUCCIÓN.

La Púrpura Trombocitopénica Idiopática es la alteración hemorrágica adquirida que se presenta de manera súbita desarrollando un cuadro severo de sangrado, que amenaza la vida, el 90% remite de manera espontánea o con tratamiento de tres a cuatro semanas, de acuerdo a evolución puede llegar a ser de por vida.

Etiología: la producción de plaquetas es insuficiente.

Complicaciones: los pacientes que presentan sangrado pueden encontrarse en riesgo de muerte

La hemostasia es un mecanismo de defensa del organismo y su finalidad es evitar la pérdida de sangre; este es un proceso dinámico al cual se produce la coagulación en tejidos que han sufrido lesiones vasculares, en este procedimiento interviene la interacción de las plaquetas, pared vascular y proteínas plasmáticas procoagulantes y coagulantes.

El diagnóstico de púrpura trombocitopénica idiopática, es clínico se evalúan signos y síntomas y se confirma con estudios de laboratorio, es necesario disponer de una historia clínica detallada del paciente esta es relevante y primordial para evaluar alteraciones en el sistema, para ello es necesario una exploración detallada tanto en sistema físico incluyendo el bucal y el estudio de exámenes de laboratorio para realizar un diagnóstico y tratamiento en los pacientes con alteraciones hematológicas, la mejor forma de evitar complicaciones como las hemorragias tras procedimientos bucales, es la prevención y para ello es indispensable, que nosotros como odontólogos estemos familiarizados con trastornos médicos de cada paciente ya que muchas enfermedades como la púrpura trombocitopénica obligan a modificar el tratamiento dental, como la operatoria dental, la endodoncia, extracción dental o cirugía; ya que se debe contar con cierto número plaquetario para la atención estomatológica y no causar daño.

El papel del odontólogo es fundamental en la detección de los pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática ya que algunos signos los podemos localizar en cavidad bucal.

La salud bucal es un componente importante que no puede separarse de la salud general del paciente por lo que el odontólogo y el médico especialista deben trabajar estrechamente de manera multidisciplinaria para evitar hemorragias o descensos de plaquetas, y mejorar la salud bucal.

El objeto de realizar esta investigación, es la de identificar el nivel de conocimiento de los alumnos de cuarto año de la carrera cirujano dentista para la atención odontológica del paciente con padecimiento de Púrpura Trombocitopénica Idiopática, con el fin de identificar las debilidades y fortalezas del proceso de formación en este campo del conocimiento de los alumnos de la carrera.

II. MARCO TEÓRICO.

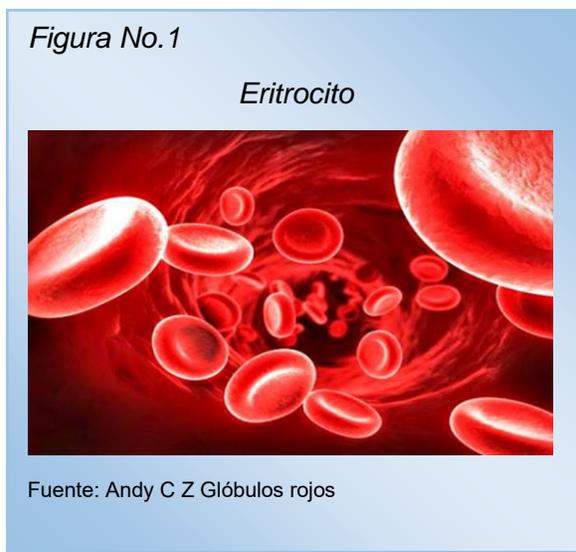
Definición: Las enfermedades hematológicas conforman un grupo de trastornos que pueden predisponer al paciente al desarrollo de infecciones, hemorragias, mala oxigenación e incluso la muerte. ⁽¹⁾

Las enfermedades de la sangre por su importancia en todo el cuerpo y sus múltiples funciones, especialmente la función de transporte, pueden tener consecuencias graves en el sistema inmunitario, en el transporte de oxígeno, en el suministro de nutrientes a los órganos y en la coagulación. Se caracterizan por un exceso o por un desenso de uno de sus componentes, o bien por una anomalía en su producción o en su función, Pueden desarrollarse por una lesión en el lugar principal de fabricación de las células de la sangre (la médula ósea) o por problemas que afecten directamente a las células sanguíneas circulantes.

1. Componentes Sanguíneos.

a) Eritrocitos o Glóbulos rojos.

Son células anucleadas cuyo citoplasma contiene hemoglobina; que se encarga del transporte de oxígeno (O₂) desde los pulmones a los tejidos y dióxido de carbono (CO₂) desde los tejidos a los pulmones para intercambio de gases. Son de forma bicóncava con un tamaño de 7.82 +/- 0.62 micras de diámetro con un promedio de vida de 120 días. ^(1,2,3)(ver figura No.1)



b) Glóbulos blancos o Leucocitos.

Son células producidas por la médula ósea, que son responsables de las defensas inmunitarias del organismo contra las agresiones. Los leucocitos no funcionan dentro de la sangre, si no que la utilizan como medio para viajar desde una región del cuerpo hacia otra, cuando llegan a su destino dejan la sangre mediante migración entre las células endoteliales de los vasos sanguíneos (diapédesis)

entran en los espacios del tejido conectivo y efectúan su función, sus valores normales son en promedio entre 5 000 y 10 000 por mm^3 .⁽⁴⁾

Los leucocitos son células de defensa frente a microorganismos o sustancias extrañas, e intervienen en la destrucción de células y tejidos viejos, a funcionales o necróticos. Los leucocitos de acuerdo a sus características morfológicas y funcionales se dividen en: granulocitos (neutrófilos, eosinófilos, basófilos), y agranulocitos (linfocitos y monocitos).

La función principal de los neutrófilos es defender al organismo de agentes infecciosos mediante la fagocitosis y destrucción enzimática. Los eosinófilos y basófilos están implicados en reacciones alérgicas inflamatorias.

Los linfocitos T están implicados en las reacciones inmunológicas retardadas o celulares, los linfocitos B son los encargados del sistema inmunológico mediado de manera humoral.

Los monocitos actúan como fagocitos, y son mediadores en la respuesta inmunológica e inflamatoria por medio de sustancias como citocinas y factores de crecimiento.

El ser humano adulto tiene unos 7000 glóbulos blancos/ mm^3 de sangre. Si tiene un número mayor a 10000/ mm^3 se dice que hay una **leucocitosis** y si su número es inferior a 5000/ mm^3 se dice que tiene una **leucopenia**.

Las alteraciones leucocitarias comprenden un grupo de enfermedades que afectan el número, forma o función de los glóbulos blancos, predisponiendo a los pacientes a padecer infecciones bacterianas y fúngicas ^(3,5,6) (ver tabla No.1)

Tabla No.1 VALORES NORMALES CELULAS SANGUINEAS	
Eritrocitos (5 000 000)	
Leucocitos (5 – 10 000)	Granulosos
	Neutrófilos (60-70%)
	Eosinófilos (1-4%)
	Basófilos (-1%)
	Agranulosos
Linfocitos (20-30%)	
Monocitos (4-8%)	
Trombocitos (150 000 – 400 000)	

Fuente: Abreu LM Fundamentos diagnósticos

c) Trombocitos o Plaquetas.

Las plaquetas son pequeños fragmentos citoplasmáticos limitados por membrana y anucleados, derivan de grandes células poliploides (células cuyo núcleo poseen múltiples juegos de cromosomas) situadas en la medula ósea que se llaman megacariocitos.⁷

En la periferia de las plaquetas se encuentran receptores para el llamado factor Von Willerbrand (glicoproteína Ib), el fibrinógeno y la fibronectina (glicoproteínas IIb y IIIa) para el adenosin difosfato, la trombina, adrenalina y serotonina.

En la porción fosfolipídica de la membrana plasmática contiene factor V y VIII de la coagulación y el factor plaquetario 4. La zona de orgánulos contiene gránulos densos, gránulos alfa, prostanglandinas y secreta calcio. ⁽⁸⁾

Las plaquetas se adhieren a las estructuras subendoteliales que han quedado expuestas por la lesión. Las plaquetas producen serotonina y tromboxano A2 que realizan tres funciones: aumentar la adhesión plaquetaria iniciada, aumentar la vasoconstricción del vaso o vasos sanguíneos y por último contribuir a la activación de los factores de la coagulación. ⁹

La función primordial de las plaquetas es formar un tapón hemostático como respuesta a la lesión de los vasos sanguíneos para reducir la pérdida de sangre. La cifra normal de las plaquetas se sitúa entre 150.000 y 450.000 plaquetas por mm³ de sangre. ^(10,11,12).

Al quedar en contacto en el área vascular lesionada las superficies subendoteliales y las plaquetas, se producirá la adhesión de estas a esas superficies y entre ellas.

El adenosin difosfato liberado por las células endoteliales dañadas inicia la adhesión la agregación plaquetaria y cuando las plaquetas liberan su secreción se produce una segunda ola de agregación. Un producto necesario para que esto inicie será tromboxano y para su activación es necesaria la enzima ciclooxigenasa. ^(13,14,15) (ver figura No. 2)

Figura No. 2

Plaquetas.



Fuente: William PL Componentes de la sangre

Gracias a estos trombocitos se inicia la hemostasia la cual es un proceso dinámico gracias al cual se produce la coagulación en tejidos que han sufrido lesiones vasculares. En este proceso interviene la interacción modulada de las plaquetas, la pared vascular y proteínas plasmáticas procoagulantes y coagulantes.

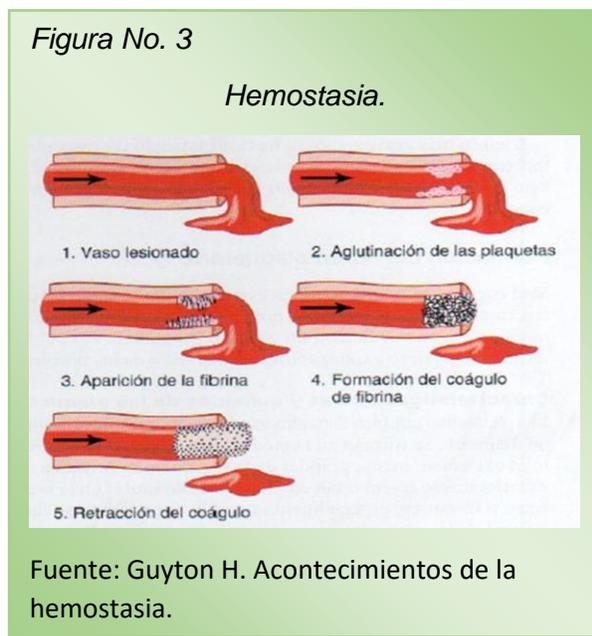
Las alteraciones plaquetarias pueden ser de forma cuantitativas (número) pudiendo estar aumentadas o disminuidas o bien cualitativas presentando alteraciones en su estructura o en los gránulos de almacenamiento produciendo alteraciones en la adhesión, agregación o activación dando manifestaciones como: gingivorragias, petequias en piel y mucosas, epistaxis, equimosis, y hematomas que requieren de nuestra atención por lo que es necesario identificarlos y ayudar en el diagnóstico. (15,16)

2. Hemostasia

Actualmente la valoración de un paciente con historia de hematomas y hemorragias es un problema clínico frecuente. El diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes dependen del conocimiento profundo de los mecanismos normales de la hemostasia y de los análisis que estudian estos mecanismos. (16)

La hemostasia, es un mecanismo constituido por varios sistemas biológicos interdependientes, cuya finalidad es conservar la integridad y permeabilidad del sistema circulatorio; es decir, que el término hemostasia significa prevención de la pérdida de sangre, pero esta es un conjunto de procesos que provocan la interrupción de la hemorragia de un vaso sanguíneo lesionado mediante factores vasculares, plaquetarios y plasmáticos, contrarrestada por los mecanismos reguladores que limitan la acumulación de plaquetas y fibrina en el área de lesión.

Las alteraciones de la hemostasia pueden provocar por descenso hemorragias persistentes y por exceso trombosis. (17,18) (ver figura 3)



Las alteraciones de la hemostasia se clasifican según la fase de la coagulación que se encuentre afectada:

- Trastornos de la hemostasia primaria (encargada de formar el tapón plaquetario)

- Trastornos de la hemostasia secundaria (depende de las proteínas plasmáticas y de los factores de la coagulación)

Con frecuencia, las enfermedades hematológicas se acompañan de lesiones bucales significativas, pudiendo estas constituir la primera manifestación clínica de las mismas. Las repercusiones en la cavidad bucal de muchas enfermedades hematológicas son prácticamente constantes. Diversos signos a nivel de la mucosa bucal, tales como palidez, petequias y equimosis, ulceraciones, hipertrofia gingival, gingivorragias, pueden deberse a un trastorno hematológico existente.⁽¹⁹⁾

La hemorragia, la trombosis intravascular y la embolia son manifestaciones clínicas frecuentes en muchas enfermedades. El sistema hemostático normal limita la pérdida de sangre al regular de forma precisa una serie de interacciones entre los componentes de la pared vascular, las plaquetas circulantes y las proteínas plasmáticas.

Sin embargo, cuando se producen una enfermedad o traumatismo de las arterias y venas de gran calibre, puede aparecer una hemorragia excesiva a pesar de la normalidad del sistema hemostático, con menos frecuencia, la hemorragia se debe a un trastorno hereditario o adquirido del propio sistema hemostático.⁽²⁰⁾

En odontología el paciente que presenta alteraciones en la hemostasia puede presentar un serio riesgo médico a la hora de realizar un tratamiento dental de carácter quirúrgico. El paciente puede tener tendencia al sangrado por padecer trastornos hereditarios o adquiridos de los de los mecanismos que mantienen la hemostasia.⁽²¹⁾

Para el control adecuado de la hemorragia es necesario que los vasos sanguíneos sean normales, que exista un número suficiente de plaquetas funcionales y que los mecanismos de la coagulación estén correctamente adheridos; el coagulo debe destruirse una vez cumplida su función por el sistema fibrinolítico.⁽²¹⁾

El tiempo de sangrado: Es una prueba la cual mide qué tan rápido detienen el sangrado los vasos sanguíneos pequeños en la piel, el sangrado normalmente se detiene entre 1 y 6 minutos, dependiendo de la profundidad de la herida y del grado de hiperemia. La ausencia de varios factores de coagulación pueden prolongar el tiempo de hemorragia.^(6,21)

El tiempo de coagulación: Es el tiempo que tarda en coagular la sangre sin anticoagulantes a 37°C depositada en un tubo de cristal este se agita cada 30 segundos hasta que la sangre se coagule. El tiempo de coagulación normal es de 8 a 12 minutos.^(6,21)

3. Principales alteraciones de la Sangre

Dentro de las principales alteraciones de la sangre se encuentran:

Anemia, anemia ferropénica, anemia de enfermedad crónica, anemia megaloblastica, anemia aplasica, leucemia, leucopenia y purpura trombocitopénica

idiopática que es el tema de interés de la presente investigación, a continuación se describe cada una de ellas.

a) Anemia.

La anemia no constituye por sí misma un diagnóstico, sino un signo de enfermedad, se presenta cuando hay un desequilibrio entre la eritropoyesis y la utilización, destrucción o eliminación de los eritrocitos, o cuando el eritrocito no produce y almacena suficiente cantidad de hemoglobina o bien se encuentran disminuidos el número de eritrocitos, hemoglobina y hematocrito. ⁽²¹⁾

Las manifestaciones de las anemias dependen del tipo de anemia, de su causa o de la salud del paciente. La anemia puede estar asociada a otros desórdenes del organismo como hemorragia, úlceras, entre otras. ^(21,22,23) (ver figura No. 4)



Los glóbulos rojos necesitan hemoglobina, proteína rica en hierro, para transportar el oxígeno por todo el cuerpo. Si la concentración de hemoglobina cae por debajo de lo normal, sufrimos anemia.

El riñón secreta una hormona, la eritropoyetina, que estimula a la médula ósea para producir nuevos glóbulos rojos, estos circulan unos 120 días por nuestro cuerpo y luego son destruidos en el bazo, muchos de sus componentes, incluido el hierro, se reciclan en el organismo para producir nuevos glóbulos, por lo que, si perdemos sangre, perdemos hierro.

En condiciones normales, la producción y destrucción de glóbulos rojos está equilibrada. Pero si nuestro cuerpo produce menos o destruye demasiados, nos hallaremos en un estado de anemia. ⁽²⁴⁾

Manifestaciones clínicas generales de la anemia en general: taquicardia, insuficiencia cardiaca, astenia progresiva, dificultad respiratoria, palidez de

mucosas, cianosis por la hipoxia tisular, ictericia en caso de hemólisis, petequias, equimosis, gingivorragias.

El paciente con síndrome anémico, requiere atención médica urgente, por lo que la consulta dental debe posponerse hasta que el paciente se encuentre estable, si requiere tratamiento de urgencia este debe ser paliativo, no realizar ningún tratamiento quirúrgico por la pérdida de sangre, en caso de ser necesario trasfundir paquete globular previa interconsulta con hematólogo. ⁽²¹⁾

Factores de Riesgo

- **Dieta inadecuada.** Cualquier persona cuya dieta sea pobre en hierro y vitaminas, especialmente ácido fólico y vitamina B12, puede sufrir anemia.
- **Menstruación.** La pérdida de sangre durante el período conlleva una disminución crónica de hierro, lo que incrementa el riesgo de anemia ferropénica.
- **Embarazo.** Durante el embarazo, aumentan las necesidades de hierro (y de ácido fólico) de la mujer, ya que su volumen sanguíneo aumenta y el feto le exige generar más hemoglobina. Esto incrementa el riesgo de anemia.
- **Niños en fase de crecimiento.** En esta etapa aumenta su necesidad de hierro y ácido fólico.
- **Trastornos digestivos.** La enfermedad de Crohn, la celiaca o la cirugía del intestino o el estómago afectan a la absorción de nutrientes.
- **Enfermedades crónicas.** Las personas con enfermedades renales, hepáticas, cáncer o enfermedades inflamatorias crónicas tienen más riesgo de padecer anemia.
- **Historia familiar de anemia.** Otro factor de riesgo es la herencia genética, que puede aumentar el riesgo de sufrir anemia hereditaria. ⁽²⁴⁾

a.2) Clasificación

➤ Anemia Ferropénica

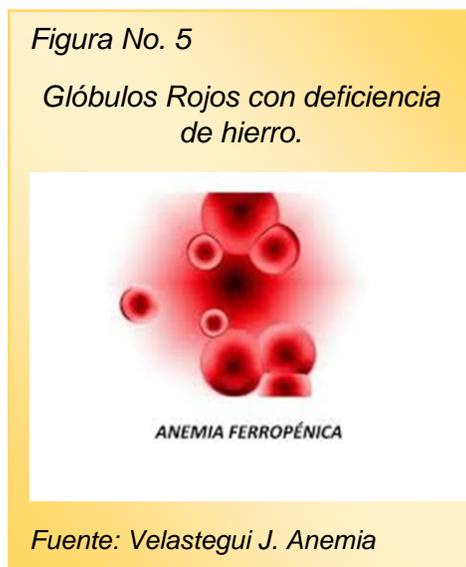
Descenso de la hemoglobina (independiente de glóbulos rojos) por debajo de valores normales dependiendo de edad, género y procedencia secundaria disminución de la concentración de hierro en el organismo.

Las causas varían durante las diferentes etapas de la vida, género y circunstancias socioeconómicas.

Etiología: la causa principal que desarrolla la anemia ferropénica es una inadecuación entre la necesidad de hierro para los tejidos del organismo y la cantidad de hierro que tiene el cuerpo debido a las enfermedades en las cuales hay pérdidas de sangre, ya sea poca o en considerable cantidad, incluyendo la

realización frecuente de pruebas de sangre o donación de la misma. (24,25) (ver figura No.5)

Patogenia: Eritropoyesis limitada por deficiencia de hierro.



Manifestaciones clínicas:

- Astenia.
- Irritabilidad.
- Pérdida de la concentración.
- Palpitaciones
- Disnea.
- Cefalea.
- Somnolencia.
- Intolerancia al frío.
- Amenorrea.
- Edema.
- Retardo de crecimiento y desarrollo psicomotriz.

Síntomas y Signos específicos:

- Palidez de piel y mucosas.
- Pica.
- Piel seca descamativa.
- Cabellos frágiles, quebradizos

- Caída fácil de cabellos.
- Disminución de la libido.
- Uñas frágiles, quebradizas.
- Síndrome de Plummer-Vinson.
- Glositis.
- Estomatitis.
- Coiloniquia.
- Rágades
- Soplo funcional cardiaco en todas las áreas.
- Tendencia a infecciones. ⁽²⁶⁾

Epidemiología: En las estadísticas mundiales la anemia ferropénica ocupa el primer lugar entre las 38 enfermedades más frecuentes del ser humano. Además, de entre todos los tipos de anemias, la anemia ferropénica es la más prevalente (70%-80%). En todo el mundo 700 millones de personas padecen esta enfermedad.⁽²⁶⁾

Los grupos de riesgo que pueden desarrollar anemia ferropénica son:

1. Recién nacidos
2. Niños en la pubertad
3. Mujeres en edad de menstruar (10-50 años)
4. Mujeres embarazadas y en lactancia
5. Pacientes de la tercera edad.⁽²⁶⁾

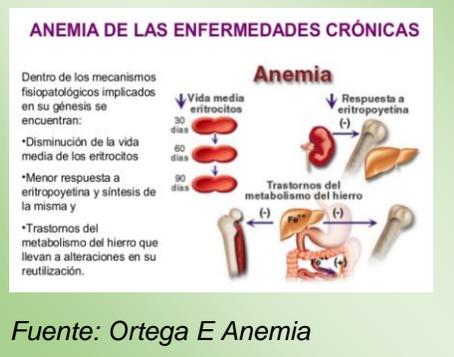
Tratamiento: En tal caso se administra un suplemento de la forma ferrosa del hierro, que el organismo absorbe más fácilmente. Se toma por vía oral, acompañado con algún producto con vitamina C (consumo de naranja) para facilitar su absorción. Se necesitan meses de tratamiento con hierro oral para corregir la anemia y llenar los depósitos de hierro del organismo.⁽²³⁾

➤ **Anemia de Enfermedad Crónica**

Anemia generalmente normocítica, normocrómica de grado leve a moderado, secundaria a procesos inflamatorios, infecciosos crónicos o neoplásicos, caracterizada por hiposideremia no ferropénica, se asocia a infecciones crónicas: virales, bacterianas, parasitarias y fúngicas; neoplasias hematológicas y tumores sólidos; enfermedades inflamatorias crónicas: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, vasculitis, sarcoidosis, entre otros. ^(27,28) (ver figura No. 6)

Figura No. 6

Anemia de las enfermedades crónicas.



Patogenia: Enfermedad inmunoinducida por la liberación de citocinas serían responsables de las siguientes alteraciones:

Alteración en el metabolismo del hierro: aumento y captura de hierro por el sistema reticuloendotelial estimulado por la liberación de varias citocinas: Interleucina 1, Interleucina 6, factor de necrosis tumoral alfa, interferón gamma. La hepcidina bloquea la liberación de hierro por los macrófagos.

Bloqueo de la proliferación de los precursores eritroides por interferón gamma, factor de necrosis tumoral alfa e Interleucina 1. Secreción inapropiadamente baja de eritropoyetina.

Sobrevida disminuida de los eritrocitos.

Manifestaciones clínicas

Síntomas.

- Astenia
- Hiporexia.
- Disnea de esfuerzo.
- Cefalea.
- Palpitaciones.

Signos.

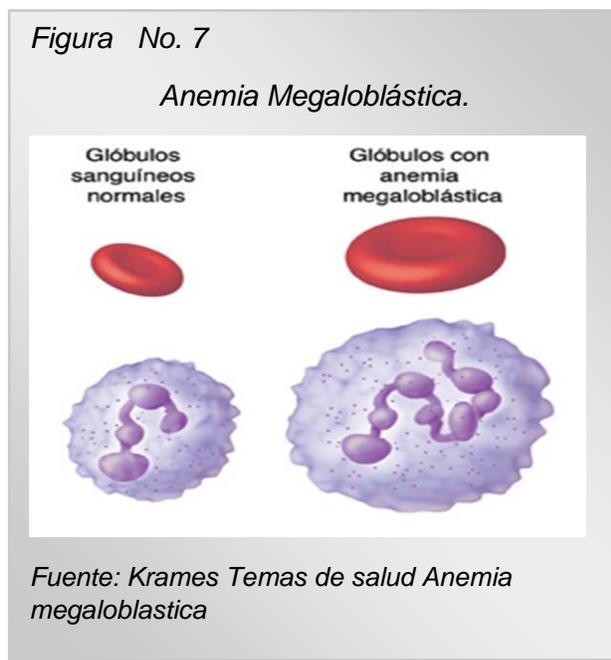
- Palidez leve mucocutánea
- Taquicardia
- Signos propios del padecimiento primario

Epidemiología: Es la segunda causa de anemia en la población general y es la más frecuente en los pacientes hospitalizados.⁽²⁹⁾

Tratamiento. No tiene tratamiento específico, se basa en el tratamiento de la enfermedad de base.⁽²⁹⁾

➤ Anemia Megaloblástica

Son anemias arregenerativas, macrocíticas causadas por la síntesis defectuosa del ADN nuclear, consistente en la disminución de la velocidad de replicación, con ARN preservado, provocando el retraso en la división celular y por lo tanto una hematopoyesis megaloblástica, caracterizada por: megaloblastosis medular, macrocitosis periférica, reticulocitopenia. La causa es por deficiencia de folatos, deficiencia de cobalamina. ^(30,31) (ver figura No. 7)



Patogenia: La base molecular de la megaloblastosis es la alteración en la síntesis del ADN por deficiencia de folatos y cobalamina.

Manifestaciones Clínicas

Síntomas.

- Glositis.
- Atrofia de papilas linguales
- Debilidad
- Estreñimiento y diarrea intermitente.
- Dispepsia postprandial.
- Flatulencia.
- Infertilidad.
- Amenorrea.
- Síntomas neurológicos
- Síntomas psiquiátricos

Signos:

- Palidez.
- Piel amarillo-limón.
- Ligera ictericia escleral.

- Lengua lisa, brillante, depapilada.
- Zonas localizadas de hiperpigmentación melánica, plantas y palmas.

Manifestaciones neurológicas:

- Parestesias.
- Hiporreflexia.
- Pérdida de la fuerza muscular.
- Alteraciones de la marcha.
- Trastornos de sensibilidad vibratoria y posicional.
- Defectos en el cierre del tubo neural (Espina bífida, encefalocele, anencefalia).

Alteraciones psiquiátricas, frecuente en ancianos:

- Intensa depresión.
- Irritabilidad.
- Pérdida de la función intelectual.
- Trastornos de conducta.
- Psicosis franca.⁽³²⁾

Epidemiología: La prevalencia mundial oscila entre el 2-5% del total de las anemias, por detrás de las anemias ferropénicas y de las de los trastornos crónicos, aumentando en los últimos años debido al incremento de patología gastrointestinal.⁽³³⁾

Tratamiento: Administración de 1.000 µg al día por vía intramuscular de cianocobalamina durante 2 semanas, disminuyendo la dosis a 1.000 µg por semana durante 1-2 meses hasta su corrección. ⁽³³⁾

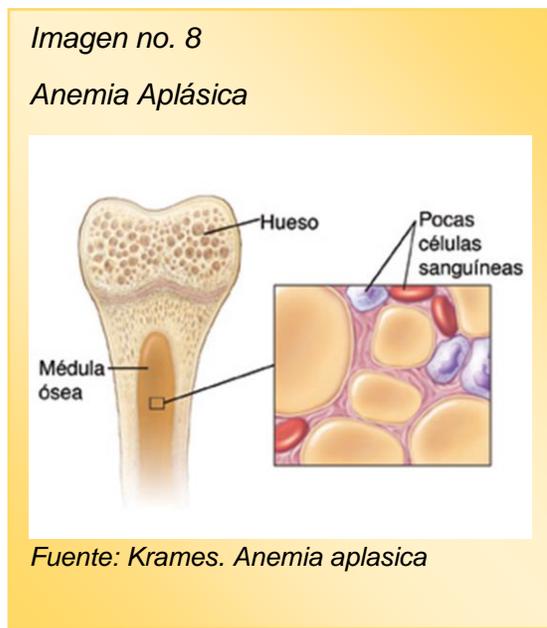
➤ **Anemia Aplásica**

Insuficiencia medular con sustitución total o parcial de los precursores hematopoyéticos por tejido graso, cursa con pancitopenia y reticulocitopenia.

Etiología:

- Radiaciones.
- Químicos.
- Fármacos: Indometacina, Sales de oro, Butazonas, Carbamazepina, Sulfonamidas, cloranfenicol.
- Infecciones virales.
- Infecciones bacterianas.
- Tóxicos: Insecticidas, Benceno, otros solventes.
- Enfermedades hemolíticas crónicas.
- Enfermedades del Colágeno.
- Embarazo.
- Idiopática (50%)

Patogenia: Enfermedad autoinmunitológica caracterizada por la apoptosis acelerada de las células hematopoyéticas mediada por linfocitos T citotóxicos y liberación de citocinas (interferón gamma, factor de necrosis tumoral alfa y la Interleucina 2).^(34,35) (ver figura No. 8)



Manifestaciones Clínicas

Según la severidad del cuadro:

- Síndrome anémico
- Síndrome infeccioso.
- Síndrome purpúrico.
- Fiebre.

Epidemiología: Es una enfermedad rara con una incidencia de 2 por millón de habitantes al año Tiene una distribución de dos fases con un máximo entre los 10-25 años y otro entre en los mayores de 60 años.⁽³⁶⁾

Tratamiento: Los pacientes deben recibir tratamiento de soporte con transfusión de glóbulos rojos y/o plaquetas, además del manejo de la neutropenia febril que muchas veces es la principal causa de muerte.⁽³⁶⁾

Probabilidades de que llegue una paciente con anemia al consultorio dental:

La prevalencia mundial de pacientes con anemia que lleguen al consultorio dental es de 2 – 5%.⁽³¹⁾

a.3) Manifestaciones orales de anemia:

Palidez de mucosas, alteraciones en la cicatrización, ardor, sensibilidad, ulceraciones y dolor. ⁽³⁷⁾

Manejo estomatológico del paciente con anemia

1. El paciente con anemia debe recibir atención médica independientemente de que en la consulta dental pueda presentar trastornos reparativos e infecciosos.
2. Con anemia no diagnosticada se debe postergar el tratamiento dental y se manejará solo con paliativos.
3. En pacientes con anemia crónica o en el límite o enfermos renales que toleren bien niveles bajos de hemoglobina se pueden realizar procedimientos no invasivos de operatoria, profilaxis, aplicaciones tópicas de fluoruros, selladores de fasetas y fisuras, evitar el uso de prótesis y aparatos ortodónticos que provocarían irritación local hasta que el paciente este totalmente controlado. ⁽³⁸⁾

Para evitar las infecciones se emplean antibacterianos locales como la oxitetraciclina o enjuagues antisépticos que no irriten la mucosa evitando los productos yodados o a base de alcohol.

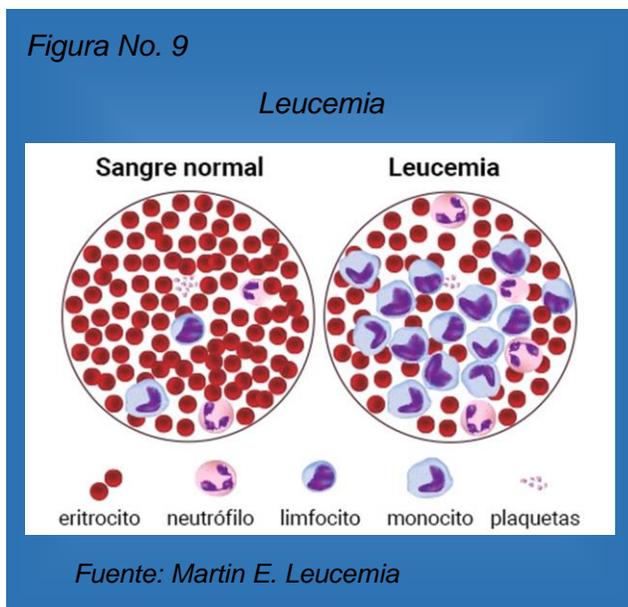
En caso de queilitis debe recurrirse al empleo de antimicóticos tópicos como nistatina.

4. Los procedimientos quirúrgicos deben postergarse, ya que estos implicarían pérdida de sangre lo que se traduce en una menor oxigenación, que compromete la cicatrización lo que nos puede condicionar un sangrado posquirúrgico, así como infecciones agregadas.
5. En casos de urgencia se debe solicitar interconsulta con el médico tratante para valorar una posible transfusión de concentrado eritrocitario.
6. Están contraindicados los procedimientos bajo anestesia general por inhalación, por el riesgo de sufrir hipoxia y acidosis, ya que los gases anestésicos son afines a la hemoglobina y desplazan el oxígeno.
7. Los pacientes con antecedentes de anemia o en tratamiento se les debe de dar citas cortas y de preferencia por la mañana.
8. En los pacientes con anemia aplásica también están afectadas las plaquetas y los glóbulos blancos, por lo que deben evitarse los eventos hemorrágicos y en caso de atención necesaria pueden requerir profilaxis antibiótica.
9. Los pacientes con anemia suelen presentar ardor, sensibilidad, ulceraciones y dolor por lo que estas deben tratarse de manera paliativa como con: colutorios de solución salina tibia o agua bicarbonatada para atenuar las molestias y limpiar las úlceras, anestésicos o sedantes tópicos como el vantal® (bencidamina).⁽³⁸⁾

b) Leucemia

Es un tumor maligno de las células precursoras de la sangre. Se origina en la médula ósea y en ocasiones afecta a los tejidos del sistema inmune como: ganglios, hígado, bazo u otros órganos a los que invade a través del torrente sanguíneo como médula espinal, cerebro, testículos, entre otros.

Cuando se origina una leucemia, la médula se llena de gran cantidad de glóbulos blancos anormales e inmaduros, los blastos. Estos no funcionan de modo adecuado y se multiplican desordenadamente. ⁽³⁹⁾ (ver figura No. 9)



Las leucemias son adquiridas, no se heredan; sólo en algunas enfermedades congénitas como síndrome de Down, anemia de Fanconi, estas aumentan la predisposición a sufrir leucemia. Asimismo, las leucemias no son contagiosas.

b.1) Dos tipos de leucemia:

- **Leucemias agudas.** De instauración rápida, suelen dar síntomas de forma precoz y exigen tratamiento urgente.
- **Leucemias crónicas.** De instauración gradual, dan pocos o ningún síntoma al inicio, y a menudo se diagnostican de modo casual durante algún control analítico.

En ocasiones se tardan en tratar, lo que puede agudizar la enfermedad.

También se puede clasificar las leucemias según las células sanguíneas a las que afecten:

- **Leucemias mieloides.** Afectan a todas las células de la sangre excepto los linfocitos; pueden ser crónicas o agudas.

- **Leucemias linfoides.** Afectan a los linfocitos de la sangre; pueden también ser crónicas o agudas.⁽⁴¹⁾

➤ **Leucemia mieloide aguda**

La leucemia mieloide aguda es una enfermedad neoplásica caracterizada por la infiltración de la sangre, médula ósea y otros tejidos por la proliferación de células clonales no diferenciadas del sistema hematopoyético. Estas leucemias comprenden un espectro de neoplasias malignas que sin tratamiento varían desde letales en poco tiempo hasta el avance lento.⁽⁴¹⁾

Etiología: La herencia, radiación (dosis altas de radiaciones), exposiciones químicas y laborales de otro tipo (exposición al benceno, un solvente usado en las industrias químicas, del plástico, el caucho y farmacéutica, se relaciona con una mayor incidencia de leucemia mieloide aguda, el tabaquismo y la exposición a productos del petróleo, pintura, líquidos para embalsamar, óxido de etileno, herbicidas y pesticidas también se han vinculado con un mayor riesgo de leucemia mieloide aguda) y los fármacos (los antineoplásicos) son la principal causa de leucemia mieloide aguda por tratamiento.

Las leucemias vinculadas con compuestos alquilantes ocurren cerca de cuatro a seis años después de la exposición se han implicado en la aparición de leucemia mieloide aguda. No hay evidencia directa que sugiera una etiología viral.

Epidemiología: La incidencia de leucemia mieloide aguda es ~3.5 por 100 000 habitantes por año, y la incidencia ajustada por edad es más alta en varones que en mujeres (4.5 frente a 3.1).

La incidencia de leucemia mieloide aguda aumenta con la edad; es de 1.7 en personas <65 años de edad y de 15.9 en los >65 años. La mediana de edad al diagnóstico es 67 años.^(39,41)

➤ **Leucemia mieloide crónica**

La leucemia mieloide crónica es un trastorno clonal de las células madre hematopoyéticas. La enfermedad es causada por productos génicos quiméricos

Etiología: No existen asociaciones familiares en leucemia mieloide crónica, no es una leucemia secundaria frecuente después del tratamiento para otros cánceres con fármacos alquilantes, radiación o ambos.

La exposición a radiaciones ionizantes ha incrementado el riesgo de leucemia mieloide crónica.

Epidemiología: La leucemia mieloide crónica representa 15% de todos los casos de leucemia. Hay una ligera preponderancia en varones. La mediana de edad al momento del diagnóstico es de 55 a 65 años.

Es poco común en niños; sólo 3% de los pacientes con leucemia mieloide crónica tienen <20 años de edad. La incidencia de leucemia mieloide crónica se aumenta con lentitud con la edad, con un incremento más notable después de los 40 a 50 años; la incidencia anual es de 1.5 casos por 100 000 individuos.⁽⁴¹⁾

Manifestaciones bucales.

Palidez de mucosa, sangrado gingival, candidiasis, ulceraciones e hiperplasia gingival.

Durante el tratamiento:

La quimioterapia produce varios efectos colaterales que se manifiestan también en la cavidad bucal. El tipo y el grado de malignidad, la dosis de las drogas utilizadas, la duración de la quimioterapia, la edad y el nivel de higiene bucal antes y durante la terapia, son factores determinantes para la severidad de las complicaciones bucales.

Estas están directamente relacionadas con el grado y el tipo de compromiso sistémico.

Los efectos colaterales de la quimioterapia son variables. Los efectos precoces más comunes son náuseas, vómitos, caída de cabello, parada de la hematopoyesis, lo que aumenta el riesgo de infecciones, anemia y hemorragias. Las complicaciones bucales asociadas con la quimioterapia resultan en una interacción compleja con múltiples factores y pueden ser: mucositis, xerostomía, infecciones y hemorragias.^(39,41)

Manejo estomatológico en paciente con leucemia.

1. Informar sobre los aspectos específicos de la enfermedad, del tratamiento de la misma, su repercusión en la cavidad oral y sus anexos.
2. Concientizar al paciente y responsables sobre los debidos cuidados con la higiene oral y dental.
3. Promover tratamiento odontológico previo a la quimioterapia para reducir el índice de complicaciones.

El tratamiento básicamente debe consistir en la adecuación del medio bucal, profilaxis contra placa bacteriana, tratamiento de emergencia de dientes cariados, tratamientos endodónticos si fuera necesario, aplicación de flúor tópico, recubrimiento o protección de cuellos dentarios expuestos con ionómero de vidrio, remoción de focos infecciosos, con lo que se evita que las lesiones cariosas activas durante el tratamiento de quimioterapia o radioterapia corran riesgos evidentes

como dolor, dificultad para alimentación y principalmente abscesos en función de la inmunodepresión.⁽³⁸⁾

➤ **Leucopenia**

Disminución del número de leucocitos circulantes inferior a 5,000/mm³. Según el tipo de leucocitos que desciende hablaremos de neutropenia < 1500/mm³, linfopenia < 1000/mm³, monocitopenia < 100/mm³, eosinopenia < 50/mm³.⁽⁶⁾

Neutropenia

Cifra absoluta de neutrófilos inferior a 1500/mm³. Es la alteración de mayor trascendencia clínica y frecuencia en el servicio de urgencias. Produce una mayor susceptibilidad de padecer infecciones bacterianas y fúngicas.

Etiología quimioterapia, radioterapia, neutropenia cíclica, leucemia, linfoma, mielodisplasia, anemia aplásica, enfermedades congénitas o hereditarias, fármacos, tóxicos, enfermedades autoinmunes, hiperesplenismo, infiltrados tumorales, deficiencias nutricionales, infecciones, hemodiálisis, derivación cardiopulmonar.

La importancia de la neutropenia está dada por la relación entre el número de neutrófilos absoluto y la propensión a infecciones, pero depende también de otros factores como: el mecanismo de la neutropenia, la duración de la misma, la asociación con otras alteraciones de las defensas, la integridad de las barreras mucocutáneas y el estado general del paciente.⁽⁵⁾

Manejo y tratamiento de la neutropenia

El manejo clínico de los estados neutropénicos depende del grado y causa de neutropenia y de las enfermedades asociadas. El principal problema es el manejo de las complicaciones infecciosas. Los pacientes con neutropenia intensa están propensos a infecciones piógenas graves.⁽⁴²⁾

Epidemiología:

Es una complicación frecuente de los pacientes que reciben quimioterapia por cáncer, observándose hasta en el 40% de ellos. Para ellos pacientes significa aumentar y prolongar la hospitalización, elevar el costo del tratamiento retrasar los nuevos ciclos de quimioterapia e incluso mortalidad, la que sobre pasa el 30% en aquellos que presentan bacteremia.⁽⁴²⁾

Manejo estomatológico en pacientes con neutropenia

La profilaxis y tratamiento de las infecciones

Son fundamentales las medidas preventivas para limitar el número e intensidad de las infecciones así como la identificación y tratamiento precoz de las ya existentes.

Todos estos pacientes deben tener especial cuidado dental para evitar infecciones y pérdidas dentarias.⁽⁴²⁾

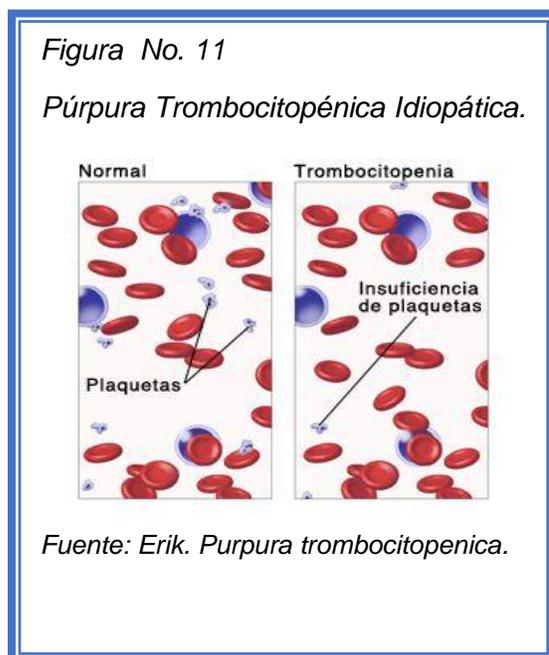
Presentan infecciones mucosas por *Cándida pseudomembranosa* pueden a menudo ser tratadas con nistatina tópica. En infecciones más extensas como esofagitis, el ketoconazol vía oral puede ser efectivo.

Para infecciones que no respondan a las medidas anteriores, puede estar indicado un tratamiento endovenoso con anfotericina B a bajas dosis. La candidiasis diseminada puede ser tratada con anfoterisina B endovenosa.⁽⁴³⁾

c) Púrpura Trombocitopénica Idiopática

Definición: La Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) es un trastorno hemorrágico, caracterizado por la presencia de muy pocas plaquetas en la sangre, debido a que éstas están siendo destruidas por el sistema inmunitario. Idiopática quiere decir que se desconoce la causa exacta de la enfermedad. Ocurre cuando las células del sistema inmunitario, llamadas linfocitos, producen anticuerpos antiplaquetarios.

La presencia de anticuerpos en las plaquetas con lleva a su destrucción en el bazo. Puede ocurrir una erupción cutánea característica, tendencia a formar hematomas con facilidad, sangrado menstrual anormal o pérdida de sangre repentina y severa proveniente del tracto gastrointestinal. ^(44,45) (ver figura No. 11)



Los valores normales de plaquetas es de 150,000 a 450,000, la trombocitopenia (cifras plaquetarias inferiores a 100,000 por mm³) es la causa más frecuente de hemorragia.^(44,,46)

En la mayoría de los casos, los demás análisis de sangre son normales, excepto por la poca cantidad de plaquetas. En general, las plaquetas de las personas que sufren Purpura trombocitopenica idiopática sobre viven sólo unas horas, a diferencia de las plaquetas normales, que tienen una vida útil de entre 7 y 10 días. ⁽⁴⁶⁾

El riesgo de hemorragia en pacientes con purpura trombocitopenica idiopática se correlaciona con la gravedad de la trombocitopenia; sin embargo, algunos factores adicionales como la edad, las comorbilidades, los procedimientos quirúrgicos y el estilo de vida pueden modificar el riesgo. ⁽⁴⁷⁾

Etiología: La trombocitopenia, se presenta por una de las siguientes razones:

1. Disminución de la producción de las plaquetas
2. Destrucción o consumo aumentado de las plaquetas
3. Secuestro de plaquetas
4. Hemodilución, que en la práctica se reducen a dos situaciones:
 - a. Cuando la producción de las plaquetas es insuficiente
 - b. Cuando la destrucción de las plaquetas está aumentada con disminución de la vida media de las mismas. ⁽⁴⁸⁾

Fisiopatología: En realidad la causa de purpura trombocitopenica idiopática se desconoce. Normalmente, los anticuerpos son una respuesta saludable contra las bacterias o virus; pero las personas con esta enfermedad forman anticuerpos que destruyen sus plaquetas en la sangre y suprimen su producción en la médula ósea. Por lo tanto, los pacientes con trombocitopenia inmune tienen un riesgo elevado de sangrado severo. ⁽⁴⁹⁾

En niños, la enfermedad por lo general es aguda y se resuelve de forma espontánea, en cambio en adultos es más probable que la enfermedad se vuelva crónica, por lo que requiere un tratamiento y supervisión individualizado para mantener un recuento de plaquetas en un nivel seguro y prevenir sangrados severos. ⁽⁴⁹⁾

En cuanto a la teoría inmunológica frente a antígenos propios en la purpura trombocitopenica idiopática se menciona en diferentes literaturas que podría estar afectada a tres niveles distintos:

1. Defectos en la tolerancia a nivel central (inmunidad temprana),
2. Anormalidades en los puntos de control de tolerancia inmunológica a nivel periférico.
3. Estimulación inmunológica con patógenos que mimetizan antígenos propios.

La relevancia de la inmunidad celular ha quedado en evidencia por estudios que muestran que los pacientes en remisión tienen una significativa disminución de marcadores de activación de la inmunidad celular, aumento de las células T regulatorias y aumento de factor de crecimiento tisular beta 1 (TGF- β 1), una

citoquina con efecto inmunosupresor, comparados con pacientes refractarios al tratamiento.

Como resultado de la destrucción acelerada, la producción plaquetaria debería estar aumentada. Sin embargo, los estudios de cinética plaquetaria demuestran que los pacientes tienen una respuesta trombopoyética inadecuadamente baja, con tasas de producción normales o disminuidas, que podrían deberse al efecto de la autoinmunidad sobre las células del linaje megacariocítico.

Otro de los factores que podría contribuir a la insuficiente producción plaquetaria es que los niveles circulantes de trombopoyetina no son lo suficientemente altos en relación con el grado de trombocitopenia.⁽⁵⁰⁾

Sin embargo, estudios recientes implican firmemente a dos complejos glucoproteicos plaquetarios, IIb/IIIa y Ib/IX, como los antígenos diana. En aproximadamente el 80% de los pacientes con púrpura trombocitopenica idiopática pueden demostrarse anticuerpos contra estas glucoproteínas de membrana en el plasma y también unidos a la superficie plaquetaria (inmunoglobulinas asociadas a plaquetas).

En la inmensa mayoría de los casos, los anticuerpos antiplaquetarios son de la clase IgG, (inmonoglobulina anticuerpo G) pero en aproximadamente el 40% de los casos coexisten anticuerpos inmonoglobulina (IgM).

El mecanismo de la destrucción plaquetaria es similar al de las anemias hemolíticas autoinmunes. Las plaquetas opsonizadas se vuelven susceptibles a la fagocitosis por las células del sistema mononuclear fagocítico. Aproximadamente entre el 75 y el 80% mejoran notablemente o a veces se curan tras la esplenectomía, lo que sugiere que el bazo es el lugar principal de la eliminación de las plaquetas sensibilizadas.⁽⁵¹⁾

Características clínicas: Los signos y síntomas de la púrpura trombocitopénica idiopática varían mucho. Normalmente tiene un comienzo insidioso sin enfermedad previa. Casi un cuarto de los pacientes no tienen síntomas y reciben el diagnóstico en base a exámenes de sangre rutinarios.^(51,52) (ver imagen No. 12)

Los pacientes pueden presentar signos:

- Petequia o púrpura
- Hematomas inusuales y con golpes muy leves que durante varias semanas o inclusive meses
- Síntomas de sangrado persistente en caso de cortes u otras heridas
- Sangrado de la mucosa
- Sangrados de nariz frecuentes o muy severos
- Hemorragias en cualquier localización
- En las mujeres, un aumento en el flujo menstrual.

- En la mucosa bucal es frecuente la gingivorragia y la hemorragia excesiva por extracción dental.



Síntomas:

- Astenia
- Adinamia
- Hipersomnia. ^(51,53) (ver tabla No.2)

Tabla No. 2 Consecuencias de niveles bajos de plaquetas

Recuento de plaquetas (x 10 ⁹ /L)	Signos
>50	Ninguno
30–50	Hematomas excesivos con un trauma menor
10–30	Petequias y hematomas espontáneos
<10	Con riesgo de sangrado interno

Fuente: Aerts E. Trombocitopenia inmune.

Clasificación

- Púrpura trombocitopénica idiopática de reciente diagnóstico: se alcanza remisión completa (tres recuentos plaquetarios $\geq 100 \times 10^9/L$ consecutivos) antes de los 3 meses de evolución. Se observa en aproximadamente 50% de los casos.
- Púrpura trombocitopénica persistente: persisten recuentos plaquetarios $\geq 100 \times 10^9/L$ entre los tres y doce meses de evolución. Se observa aproximadamente 30% de los casos.

- Púrpura trombocitopénica idiopática crónica: persisten recuentos plaquetarios $\geq 100 \times 10^9/L$ luego de los 12 meses de evolución. Se observa en aproximadamente el 20% casos un porcentaje importante de los observa pacientes pediátricos – 20-50% en distintas series – alcanza remisión completa espontanea luego de años de evolución.
- Púrpura trombocitopénica recidivante: se produce una caída del recuento plaquetario por debajo de $100 \times 10^9/L$ luego de haberse alcanzado remisión completa y que la misma se haya sostenido durante meses o años se en 2-4% de los casos.⁽⁵²⁾

Diagnóstico: Solo debe hacerse el diagnóstico de púrpura trombocitopenia idiopática después de haber descartado todas las causas conocidas de disminución de número de plaquetas. El tiempo de la hemorragia esta prolongado, pero las pruebas de coagulación están normales o casi normales. Todavía no están fácilmente disponible las pruebas de anticuerpos plaquetarios.^(53,54)

Auxiliares de diagnóstico.

- Hemograma completo con recuento de plaquetas y visualización del frotis de sangre periférica.
- Coagulograma básico: tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina activada, tiempo de trombina.
- Serología viral: las determinaciones mínimas a realizar serán para virus de Epstein-Barr, VIH y hepatitis. Es conveniente realizar otras determinaciones como: herpes-virus.
- Medulograma. Puede obviarse si los restantes valores del hemograma son normales y mientras el paciente no reciba tratamiento con corticoesteroides. Si a los 15 días el recuento plaquetario persiste en valores similares a los del momento del diagnóstico, deberá realizarse; si el recuento plaquetario experimentó un aumento parcial, quedará a criterio del médico tratante su realización posterior.
También quedará a criterio del médico tratante su realización en cualquier momento en caso de que existan hemorragias graves o asociación con otra citopenia sin causa evidente.
- Estudio de colagenopatías: en pacientes ≥ 10 años.⁽⁵⁵⁾

En el diagnóstico diferencial de la trombocitopenia intervienen aspectos clínicos y de laboratorio que tanto el médico como el bacteriólogo deben conocer al momento de enfrentarse a esta situación. ⁽⁵⁵⁾

Tratamiento: Los corticosteroides son el tratamiento inicial estandarizado para pacientes con purpura trombocitopenica idiopática. Previenen la destrucción de

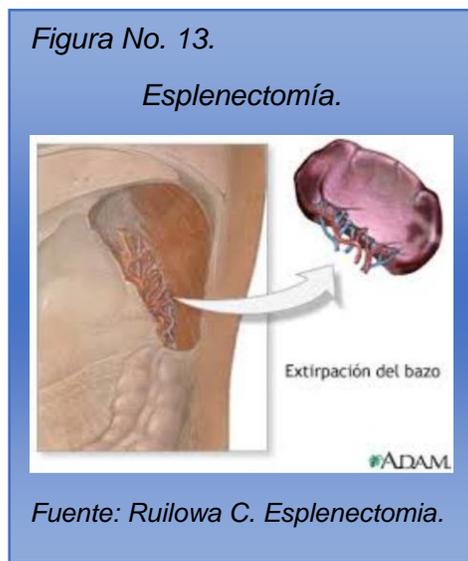
plaquetas por los macrófagos en el bazo y el hígado y así aumentan el nivel de plaquetas en el paciente. La primer opción de tratamiento con esteroides es prednisona 0.5 – 2 mg/ kg/día hasta que el recuento de plaquetas aumente a 30-50 x 10⁹ /L. La segunda opción es dexametasona.

Por lo general la respuesta al tratamiento se puede ver en los primeros días a semanas. Si no hay respuesta después de 4 semanas, se considera que el tratamiento ha fallado y debe ser interrumpido. Los corticosteroides se prescriben como un tratamiento a corto plazo (3-4 semanas) ya que a largo plazo pueden llegar a producir efectos secundarios que superen el beneficio de reducir el riesgo de sangrado severo.

Al interrumpir el tratamiento la dosis debe ser disminuida gradualmente. Pacientes que sí reciben corticosteroides a largo plazo requieren observación de la densidad de los huesos o tratamiento profiláctico para evitar osteoporosis (sobre todo en pacientes mayores de 60 años).

Otros efectos comunes como diabetes, cambios de humor y problemas de sueño pueden ocurrir también en el uso a corto plazo y deben ser discutidos con los pacientes.

En la purpura trombocitopenica idiopatica persistente, si falla en el 47% de los pacientes el tratamiento con esteroides utilizan hormonales como el danazol. En el tratamiento de segunda línea, el 67% indica la realización de una esplenectomía; pero la falta de bazo predispone a estos pacientes a infecciones rápidamente letales.^(56,57)(ver figura No.13)



La decisión de realizarla o no deberá ser consensuada entre el paciente, sus familiares y el médico tratante, evaluando el peso de los siguientes factores en la determinación a adoptar:

- Factores de riesgo determinados por la enfermedad, considerando especialmente los recuentos plaquetarios $\leq 20 \times 10^9/L$ y/o la ocurrencia de

manifestaciones hemorrágicas importantes (por su volumen o por su localización).

- Riesgo de infección sistémica fulminante secundaria a la esplenectomía.
- Edad, ya que el riesgo de infección sobre agregada postesplenectomía es mayor cuanto menor sea el paciente. Por lo tanto, en los niños pequeños es conveniente postergarla hasta cumplir los 10 años; si no fuera factible, se tratará de realizarla después de cumplidos los 5 años; por debajo de esa edad sólo se esplenectomizarán aquellos pacientes que, a criterio del médico tratante, presenten factores de riesgo con potencial compromiso vital.
- Limitación en la calidad de vida del paciente producida por su enfermedad.
- Posibilidad de remisión espontánea completa aún después de muchos años de evolución. Cuando las características del paciente lo permiten, la esplenectomía deberá realizarse preferiblemente por vía laparoscópica, siempre que el equipo quirúrgico tratante tenga suficiente experiencia con esta técnica.

Previo al procedimiento el paciente deberá recibir, por lo menos 2 semanas antes, vacunación contra Haemophilus Influenzae, Neumococo y Meningococo. Luego de realizada la esplenectomía deberá recibir profilaxis diaria por vía oral con Penicilina o Amoxicilina, o mensual por vía intramuscular con Penicilina benzatínica.^(47,49)

Prevención: Las personas con púrpura trombocitopénica idiopática deben evitar tomar aspirina®, ibuprofeno y warfarina, y en general cualquier anticoagulante ya que estos medicamentos interfieren con la función de las plaquetas y de la coagulación de la sangre, y puede haber sangrado o incrementarse el mismo durante los procedimientos.⁽⁵⁸⁾

Epidemiología: La Purpura trombocitopenica idiopática afecta a personas de ambos sexos y todas las edades, no existen pacientes típicos de purpura trombocitopenica idiopatica. Se estima que afecta a 3.3/100,000 adultos por año y entre 1.9 y 6.4/100,000 niños por año; Se calcula entre 1 a 12.5 casos (2.25 a 2.68) por 100,000 personas, otras estadísticas informan 100 casos por 1 millón de individuos por año y en niños se informa una incidencia de 4 a 5.3 por 100,000 personas. Estas cifras pueden ser mayores sin embargo, no existen estudios epidemiológicos que estimen la incidencia real de la enfermedad, en los niños, la edad usual es entre dos y cuatro años de edad. La mayoría de los adultos son mujeres jóvenes, pero esto puede ocurrir en cualquier persona.⁽⁵⁹⁾

La frecuencia de la purpura trombocitopenica idiopática aumenta con la edad y, en adultos entre 18 y 65 años, es más alta en mujeres que en hombres. La frecuencia está aumentando, en parte debido a que también se incluye el recuento de plaquetas en exámenes de sangre rutinarios.

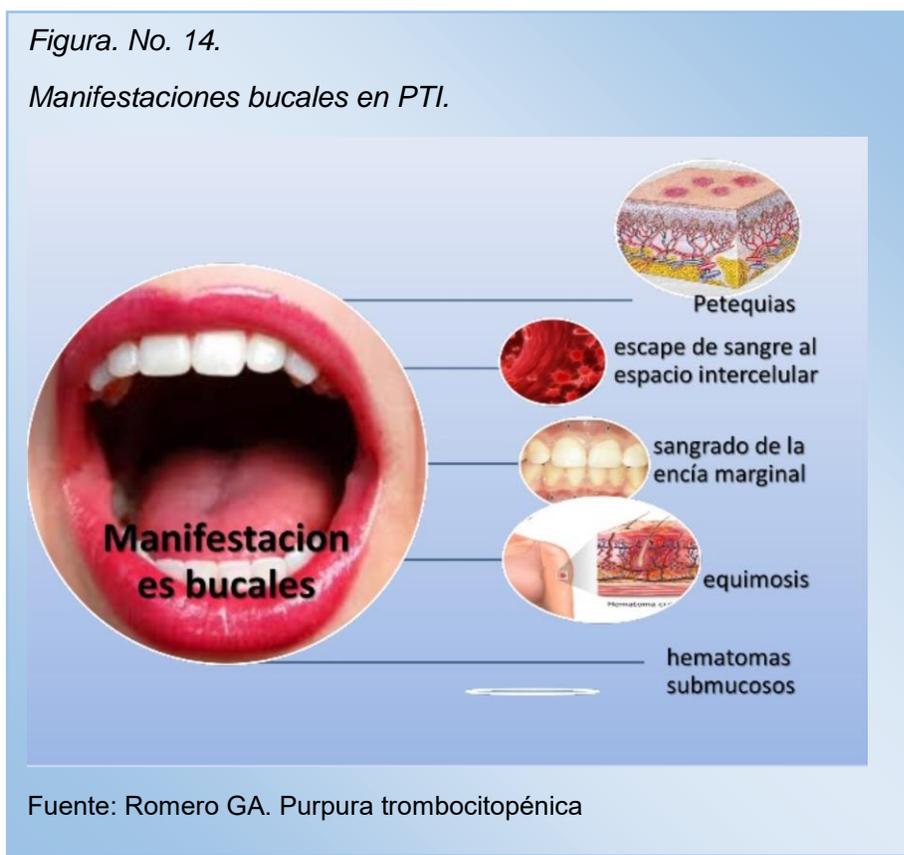
Más del 20% de los pacientes tienen otros trastornos inmunológicos o infecciones crónicas como son: lupus eritematoso sistémico, enfermedad tiroidea inmune.⁽⁶⁰⁾

Manifestaciones Bucales: Las manifestaciones bucales pueden ser las primeras en la Púrpura Trombocitopénica Idiopática.

- La cavidad bucal, la pulpa dental y el alveolo, tienen un alto contenido de activadores de plasminógeno, lo cual puede contribuir al sangrado después de exodoncias.
- El uso profiláctico de antifibrinolíticos reduce o evita el sangrado post-exodoncia en pacientes con defectos plaquetarios o en la coagulación.
- Puede haber hemorragia gingival intensa, petequias y, ocasionalmente, equimosis, fundamentalmente en paladar y en la mucosa bucal (purpura húmeda)
- Hemorragia mucocutánea vesículas hemorrágicas principalmente en la lengua, los labios y en la línea alba, secundarias a pequeños traumatismos como por mordida o mala técnica de cepillado.
- epistaxis, hematomas en mucosa, lengua y paladar.^(61,62) (ver figura No.14)

Figura. No. 14.

Manifestaciones bucales en PTI.



Manejo odontológico en pacientes controlados y no controlados

Las púrpuras constituyen la causa más común de todas las enfermedades hemorrágicas más o menos específicas, siendo inalterables por el uso de los hemostáticos empleados con más frecuencia en la práctica odontológica. ⁽⁶¹⁾

Trabajar en equipo con el médico especialista en hematología para la atención de estos pacientes. Mientras no se tenga la seguridad por parte del hematólogo de que puedan tratarse se pospondrá el acto quirúrgico.

- La dieta o alimentación debe de ser blanda para evitar los traumatismos en la encía.
- Antes de la intervención odontológica la cifra de plaquetas debe estar por encima de 100.000 plaquetas por mm^3 . ⁽⁶⁰⁾
- En padecimientos agudos diferir tratamiento hasta que el paciente se encuentre estable. En caso de dolor o infección dar antibiótico, analgésico, antiinflamatorio, evitar AINES y el uso de aspirina a excepción del acetaminofen porque éste no inhibe la agregación plaquetaria.
- En aquellos pacientes que requieran tratamiento de urgencia enviar con hematólogo para valorar la transfusión de concentrados plaquetarios para elevar las cifras lo ideal es a 100,000 plaq/ mm^3 .
- La cirugía electiva debe diferirse hasta que el paciente se estabilice, la cifra mínima de plaquetas para realizar un procedimiento quirúrgico es de 100,000/ mm^3 .
- Procedimientos de operatoria dental que no involucren sangrado la cifra mínima de plaquetas es de 50,000/ mm^3 .
- Manejo de conducta con técnicas básicas, si es un paciente cooperador, si no coopera y requiere tratamiento odontológico extenso, valorar rehabilitación bucal bajo anestesia general para evitar traumatismos accidentales y transfusiones repetitivas por el riesgo a desarrollar aloanticuerpos.

Medidas generales.

- Citas cortas
- Anestesia con vasoconstrictor de una sola intención para no lesionar pequeños vasos que provoquen sangrado.
- Uso de grapas a traumáticas para no lesionar la encía y provocar sangrado gingival.
- En caso de extracción es necesario realizar presión sostenida, suturar y colocar agente hemostático como Gelfoam®.
- Si se requiere la colocación de una prótesis, esta debe de estar bien pulida para evitar zonas rugosas o filosas que provoquen traumatismo.

- Si al paciente se le administro corticoesteroides en dosis superior a la producción diaria de cortisol, duplicar dosis antes del tratamiento.
- Evitar traumatismo que puedan incluir sangrado: cepillado dental agresivo, hilo dental, palillos dentales, alimentos de consistencia dura etc.
- Evitar fármacos antiagregantes como los derivados de ácido acetilsalicílico y medicamentos intramusculares que puedan provocar sangrados.

Es preciso tomar todas las medidas locales como la trombina tópica en combinación con celulosa oxidada, así como el uso de antifibrinolíticos para la protección del coágulo y prevención de la hemorragia, evitar la sutura de los tejidos y preferir la hemostasia local con gasa.

Las tartrectomias y curetajes deben ser realizados previa autorización del hematólogo y con la utilización de antifibrinolíticos en el postoperatorio.

Se debe indicar una estricta higiene bucal que incluya el uso correcto del cepillo dental, ya que esto es la mejor prevención para ayudar a controlar la biopelícula y evitar la formación de cálculo, capaz de provocar episodios hemorrágicos.

De ser posible se debe evitar la anestesia troncular por el peligro de las hemorragias profundas, prefiriendo la anestesia infiltrativa, intrapulpar e intraligamentaria y sólo realizar la cirugía indispensable y evitar la cirugía electiva. Se debe evitar el uso de la sutura; si fuese necesario realizarla se debe emplear sutura no reabsorbible para prevenir la respuesta inflamatoria, la cual tiene acción fibrinolítica.

La actividad fibrinolítica ha sido ampliamente demostrada en la cavidad bucal, tanto en la saliva como en el fluido gingival de encías clínicamente sanas y se ha señalado que esta actividad se incrementa en procesos inflamatorios gingivales, contribuyendo a episodios hemorrágicos en pacientes con discrasias sanguíneas.

Las emergencias se deben atender en cualquier circunstancia utilizando los criterios clínicos adecuados para la solución del problema, como por ejemplo: en hemorragias locales utilizar los hemostáticos, así como la compresión con gasa para tratar de lograr hemostasia, de lo contrario se envía al Hematólogo.

En casos de patología pulpar es necesario remover el tejido pulpar para colocar una pasta con propiedades analgésicas antiinflamatorias que permitan el alivio del dolor y posteriormente se continuará el tratamiento endodóntico; se debe cuidar no pasar la constricción apical de lo contrario podría presentarse la hemorragia.

En el caso que se requiera de tratamiento ortodóntico se debe evitar la aparatología que lesione los tejidos gingivales.

Por lo tanto, mantener una boca sana y prevenir problemas dentales es de suma importancia, no sólo en términos de nutrición y calidad de vida, sino también para evitar los peligros derivados del tratamiento dental, principalmente invasivos o quirúrgicos.

Las enfermedades hematológicas, en muchas ocasiones, se presentan como una urgencia estomatológica, por lo que es importante que nosotros como cirujano dentista debemos relacionar las manifestaciones clínicas de esta patología para, a través de la anamnesis, examen clínico y complementario, brindemos un diagnóstico presuntivo y remitir a su médico tratante para iniciar el tratamiento que responda a las necesidades de la enfermedad del paciente y mantener contacto con el médico tratante para seguir las indicaciones de la atención estomatológica. (43, 59)

Importancia.

La importancia para nosotros como cirujanos dentistas conocer el tipo de enfermedades hematológicas ya que la hemostasia es un mecanismo de defensa cuya finalidad es conservar la integridad vascular y evitar la pérdida de sangre, en muchas ocasiones, se presenta como una urgencia estomatológica, por lo que es necesario que, el odontólogo sepa relacionar ciertas manifestaciones clínicas con dichas patologías a través de una correcta anamnesis, examen clínico y complementario, diagnosticar y aplicar un adecuado tratamiento que responda a la enfermedad, por lo que es necesario que el odontólogo realice un correcto diagnóstico y un tratamiento eficaz en los pacientes con alteraciones en la hemostasia, la mejor forma de evitar complicaciones hemorrágicas tras procedimientos odontológicos es siempre la prevención, debemos de comprender que ocurre cuando se lesiona un vaso o tejido durante procedimientos invasivos en especial de la purpura trombocitopénica idiopática y saber cuáles son los signos y síntomas de esta. Esto con la finalidad de evitar la pérdida de sangre, conocer su control para evitar hemorragias y las herramientas que se disponen para su control así como las recomendaciones para evaluar el diagnóstico y tratamiento odontológico para disminuir complicaciones que pongan en riesgo la vida del paciente.

Teniendo como definición de Conocimiento: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, en el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados, para su posterior utilización o aprovechamiento aporta valor a la organización tanto por su naturaleza como por los resultados que se derivan de su adecuada gestión. (63,64)

Importancia del conocimiento: En el cuidado de la salud, como objeto de conocimiento de la profesión de odontología, es entendido como la interacción humana, científica y técnica entre el odontólogo, y el paciente, cuya intencionalidad es promover la salud, prevenir, atender y rehabilitar en la cavidad bucal, procurando el desarrollo humano y social de los sujetos participantes en el cuidado. (63,64)

Como se mide el conocimiento: El instrumento que se usara en este proyecto será por un cuestionario este es "un medio útil y eficaz para recoger información en un tiempo relativamente breve".

- Es un procedimiento de investigación.
- Es una entrevista altamente estructurada.
- "Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir".⁽⁶⁵⁾

Escala para medir el conocimiento:

La escala de Likert es una de las más utilizadas en la medición de actitudes, inspirada probablemente en la teoría factorial de aptitudes de Charles Spearman, quien construyó un método sencillo por la simplicidad de su elaboración y aplicación.⁽⁶⁴⁾ (ver tabla No.3)

Tabla No. 3

Valores de la escala de Likert	Significado
10	Actualizado sobre tratamiento odontológico a pacientes con PTI
9	Conocimiento básico sobre el tratamiento odontológico a pacientes con PTI
8	Conocimiento regular sobre el tratamiento odontológico a pacientes con PTI
7	Poco conocimiento sobre el tratamiento odontológico a pacientes con PTI
6	Vago conocimiento sobre el tratamiento odontológico a pacientes con PTI
-5	Ausencia de conocimiento sobre el tratamiento odontológico en pacientes con PTI

Fuente: Ospina BE escala de Likert.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Púrpura trombocitopénica idiopática afecta a personas de ambos sexos y todas las edades, no existen pacientes típicos de purpura trombocitopénica idiopática. Se estima que afecta a 3.3/100,000 adultos por año y entre 1.9 y 6.4/100,000 niños por año; Se calcula entre 1 a 12.5 casos (2.25 a 2.68) por 100,000 personas, otras estadísticas informan 100 casos por 1 millón de individuos por año y en niños se informa una incidencia de 4 a 5.3 por 100,000 personas. Estas cifras pueden ser mayores sin embargo, no existen estudios epidemiológicos que estimen la incidencia real de la enfermedad, en los niños, la edad usual es entre dos y cuatro años de edad. La mayoría de los adultos son mujeres jóvenes, pero esto puede ocurrir en cualquier persona.

Los pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática presentan manifestaciones clínicas generales como son: petequias, equimosis, hematomas, epistaxis, hemorragia mucocutánea, hematuria; y manifestaciones estomatológicas como: petequias, equimosis o hematomas en mucosa, lengua y paladar gingivorragia.

El cirujano dentista en su práctica profesional debe saber identificar enfermedades hematológicas como la Púrpura Trombocitopénica Idiopática, su mecanismo de acción, sintomatología, diagnóstico y tratamientos odontológicos, así también de cómo identificar a pacientes con alto riesgo de presentar complicaciones (hemorragias) relacionadas con la práctica dental, esto con la finalidad de desarrollar tratamientos seguros, evitando situaciones de urgencia o peligro dentro de la consulta odontológica. Por ello nos hacemos la siguiente pregunta.

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los alumnos de cuarto año de la carrera Cirujano Dentista de la FES Zaragoza sobre el manejo odontológico en pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática?

IV. OBJETIVOS

GENERAL

Evaluar el nivel de conocimiento de los alumnos de cuarto año de la carrera Cirujano Dentista que asisten a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza sobre el manejo Odontológico de los pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática, en el ciclo escolar 2016 - 2017

ESPECÍFICO:

- Identificar el nivel de conocimiento del manejo odontológico de los pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática en los alumnos de sexo femenino.
- Identificar el nivel de conocimiento del manejo odontológico de los pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática en los alumnos de sexo masculino.
- Identificar el nivel de conocimiento del manejo odontológico de los pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática en los alumnos del turno matutino.
- Identificar el nivel de conocimiento del manejo odontológico del turno vespertino con Púrpura Trombocitopénica Idiopática en los alumnos de sexo masculino.

V. MATERIAL Y MÉTODO.

Tipo de estudio

Según Méndez y Col: observacional, prolectivo, transversal, descriptivo.

Población de estudio.

Alumnos de la carrera cirujano dentista de la FES Zaragoza.

Universo de estudio.

Todos los alumnos inscritos del 4to año de la carrera Cirujano Dentista del ciclo escolar 2016 – 2017.

Muestra.

122 alumnos; 6 grupos de la carrera cirujano dentista de los cuales 3 grupos son de turno matutino y 3 grupos de turno vespertino.

Criterios de inclusión.

Alumnos inscritos en 4to año de la carrera Cirujano Dentista que quieran participar.

Criterios de exclusión.

Alumnos que no asistan el día de la aplicación del cuestionario.

Alumnos que no quieran contestar el cuestionario.

Alumnos que no entreguen el cuestionario.

Variables.

Variables	Definición	Operacionalización	Nivel de medición
Turno	Orden según el cual se alternan varias personas en la realización de una actividad o un servicio.	Matutino Vespertino	Cualitativa Nominal
Sexo	Conjunto de individuos que tienen uno o varios caracteres comunes.	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal
Escala para medir conocimiento.	Permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le propongamos.	10:actualizado 9:conocimiento básico 8:conocimiento regular 7:poco conocimiento 6:vago conocimiento -5:ausencia de conocimiento	Cualitativa Nominal

Instrumento de recolección.

Cuestionario de 20 preguntas estructurado con respuesta de opción múltiple. (Anexo No. 1)

Técnica.

1. El cuestionario cuenta con 20 preguntas de opción múltiple.
2. Se aplicaron los cuestionarios en las aulas con la indicación que contestaran con pluma tinta negra marcando con una (x) la respuesta que consideraran correcta, se les brindo un tiempo de 15 minutos con permiso del asesor.
3. Se realizó una prueba piloto a alumnos de 3er año del grupo matutino para verificar que el cuestionario este diseñado correctamente.
4. Se aplicaron los cuestionarios a 3 grupos del turno matutino y 3 grupos del turno vespertino del 4to año de la carrera de cirujano dentista de la FES Zaragoza.
5. Evaluación de los cuestionarios; fueron 20 preguntas cada pregunta vale 5 décimas de punto; De acuerdo a la escala de Likert si obtenían 10 de calificación significa que están actualizados, de 9 significa que tienen un conocimiento básico, de 8 significa que tienen un conocimiento regular, de 7 significaba que tenían poco conocimiento, de 6 significa que tienen un conocimiento vago y de -5 significa que tienen ausencia de conocimiento.

VI. RECURSOS.

Tesista: Cinthia Rafaela Villegas Contreras.

Alumnos de 4to año de la carrera Cirujano Dentista.

Director: C.D. J. de Jesús Regalado Ayala.

Asesor: Mtra. Josefina Morales Vásquez.

Materiales: cuestionarios, pluma tinta negra, calculadora, 1 computadora laptop.

Físico: Aulas de la FES Zaragoza.

Financieros: solventados por la tesista.

VII. DISEÑO ESTADÍSTICO.

- Recolección de los datos
- Ordenar de acuerdo a las variables
- Llenando hojas tabulares (programa de graficas Excel)
- Estadística, elaboración de frecuencia y porcentaje
- Elaboración de cuadros y figuras.

VIII. BASES ÉTICAS Y LEGALES.

Para la realización de este estudio se tomaron en cuenta las consideraciones éticas descritas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Internacional, respecto a la autonomía y confidencialidad de los individuos.

Según declaración de Helsinki: “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento”.⁽⁶⁶⁾

Esta investigación considera por “Ley General de Salud” de México y con su “Reglamento de la Ley de General de Salud en Materia de Investigación para la Salud”, se cumple el artículo 97 sobre las investigaciones con beneficio directo a la investigación. Y el artículo 112 la cual nos nombra que el informe mantendrá confidencialidad sobre el reporte que se reciba en la investigación, formulando la opinión correspondiente.

Se cumplen con lo estipulado por la Ley General de salud en los artículos 98 en la cual estipula la espera la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumple con las bases del artículo 100, en materia de seguridad.

Se siguen las indicaciones de la Council for the Internacional Organization Of Medical Sciencies CIOMS. Considerando los principios éticos de autonomía: respetando la individualidad de los alumnos por medio de consentimiento informado verbal y con la posibilidad de no responder o no terminar el cuestionario en cualquier momento. No maleficencia: cuidando de la no exploración ya que los alumnos que participan en el cuestionario son parte de la población estudiantil, de cuarto año de la carrera cirujano dentista. También se declara que no existe conflicto de interés en el desarrollo de la investigación ni el financiero del mismo. Respecto a las personas y justicia.

También se establece de acuerdo a su artículo 17 como investigación sin riesgo, ya que solo se realiza entrevista prospectiva.⁽⁶⁷⁾

IX. RESULTADOS.

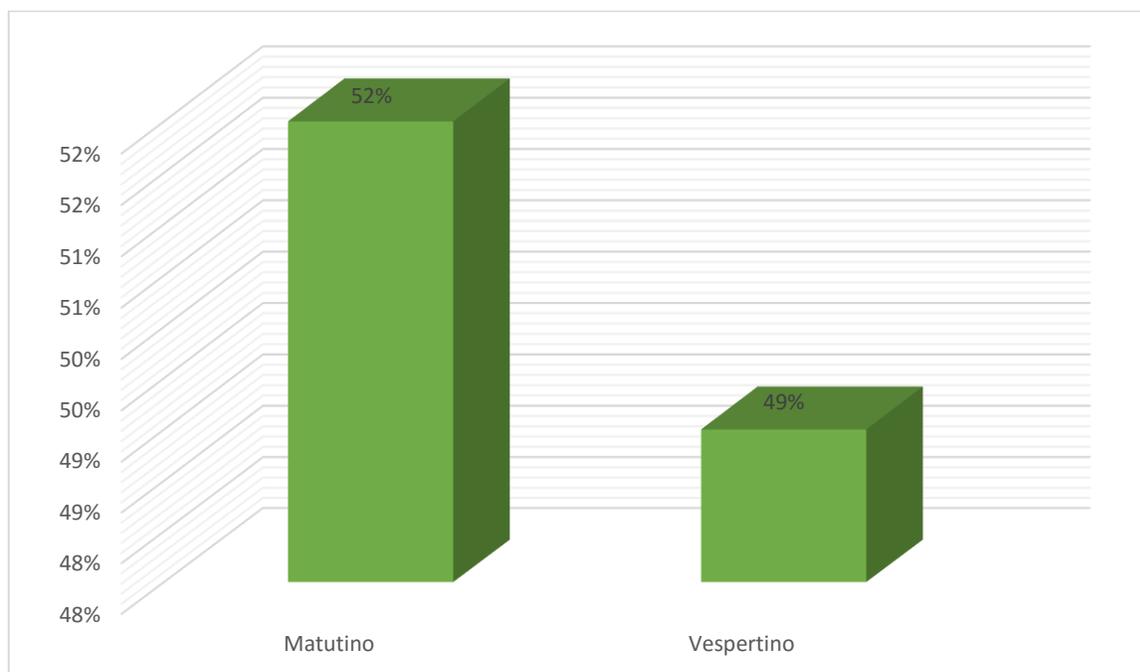
El total de alumnos de 4to año encuestados en manejo odontológico a pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática en el ciclo escolar 2016 – 2017 fueron 122 que representan el 100%; de los cuales (63) 52% fueron del turno matutino y (59) 49% del turno vespertino; cómo podemos ver el mayor número de alumnos encuestados fueron del turno matutino. (Ver cuadro y figura No. 1)

Cuadro No. 1. Frecuencia y porcentaje de alumnos de 4to año encuestados por turno sobre el manejo odontológico del paciente con Púrpura Trombocitopénica Idiopática en el ciclo escolar 2016 – 2017.

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	63	52
Vespertino	59	49
Total	122	100

*F.D

Figura No. 1. Porcentaje de alumnos de 4to encuestados en manejo odontológico a pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática en el ciclo escolar 2016 – 2017.



*F.D

*F.D Fuente Directa. Villegas C.C

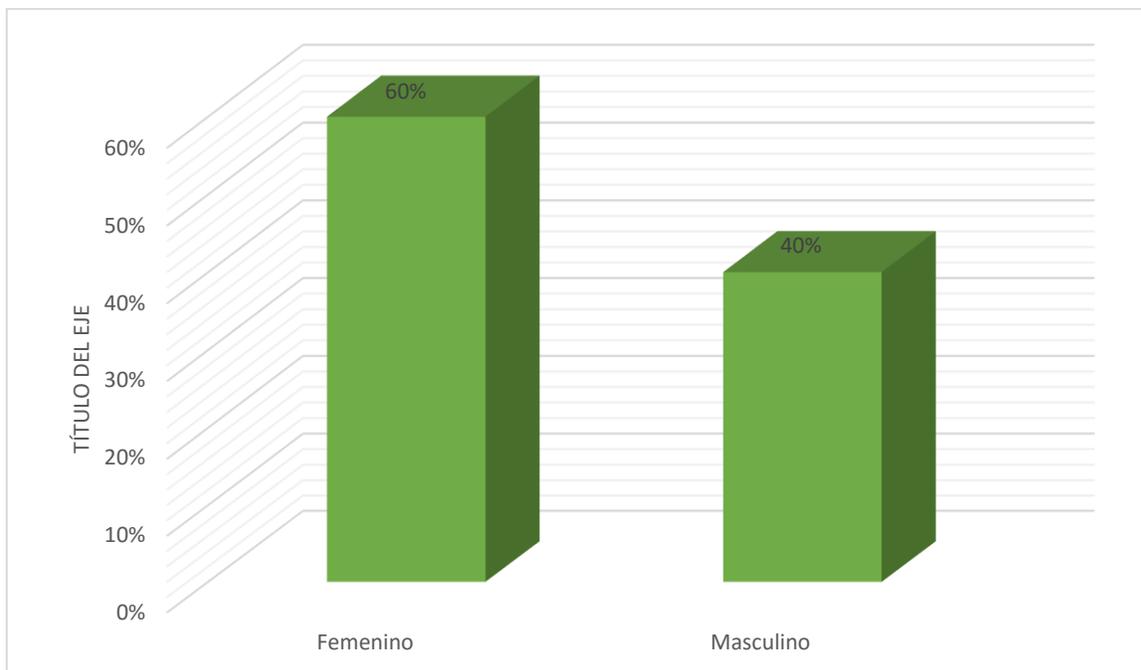
El total de alumnos encuestados fueron 122 que representan el 100%; de los cuales (73) 60% fueron del sexo femenino y (49) 40% del sexo masculino; cómo podemos ver el mayor número de alumnos encuestados fueron del sexo femenino. (Ver cuadro y figura No. 2)

Cuadro No. 2. Frecuencia y porcentaje de los alumnos encuestados por sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	73	60
Masculino	49	40
Total	122	100

*F.D.

Figura No. 2. Porcentaje de los alumnos encuestados por sexo.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en el concepto de trombocitopenia del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (54) 86% contestaron la opción **a**; (6) 10% contestaron la opción **b**; (2) 3% contestaron la opción **c**; (1) 1% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (43) 73% contestaron la opción **a**; (11) 19% contestaron la opción **b**; (2) 3% contestaron la opción **c**; (3) 5% contestaron la opción **d**.

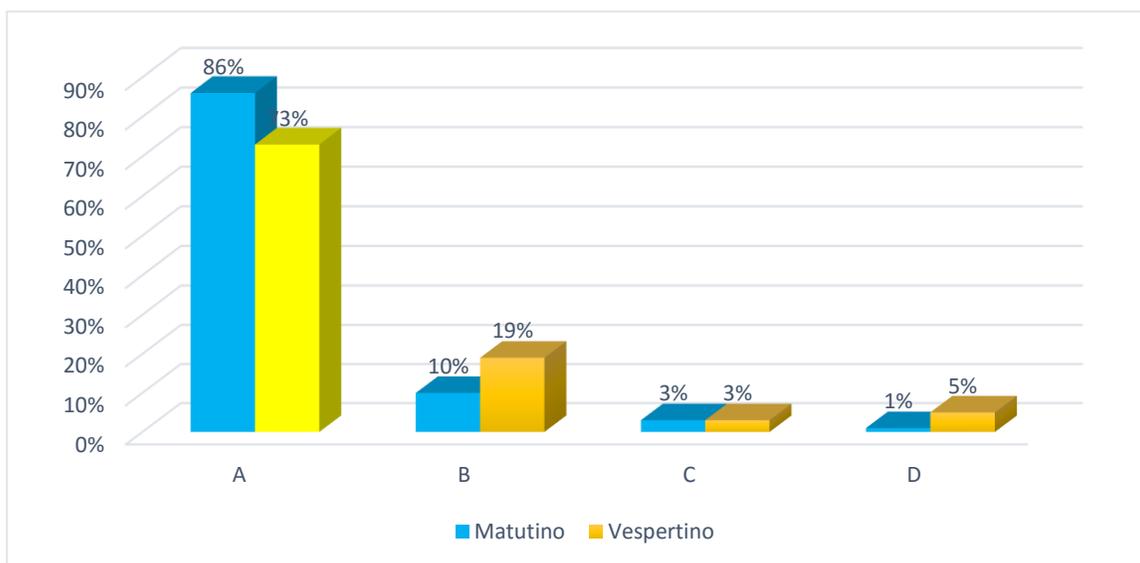
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver solo el 86% del turno matutino contesto correctamente y 73% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 3).

Cuadro No. 3 Frecuencia y porcentaje del concepto de trombocitopenia por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	54	86
	b	6	10
	c	2	3
	d	1	1
Total		63	100
Vespertino	a	43	73
	b	11	19
	c	2	3
	d	3	5
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 3. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno sobre concepto de trombocitopenia.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta de valores normales de plaquetas; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (12) 19% contestaron la opción **a**; (14) 22% contestaron la opción **b**; (37) 59% contestaron la opción **c**; (0) 0% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (16) 27% contestaron la opción **a**; (15) 26% contestaron la opción **b**; (26) 44% contestaron la opción **c**; (2) 3% contestaron la opción **d**.

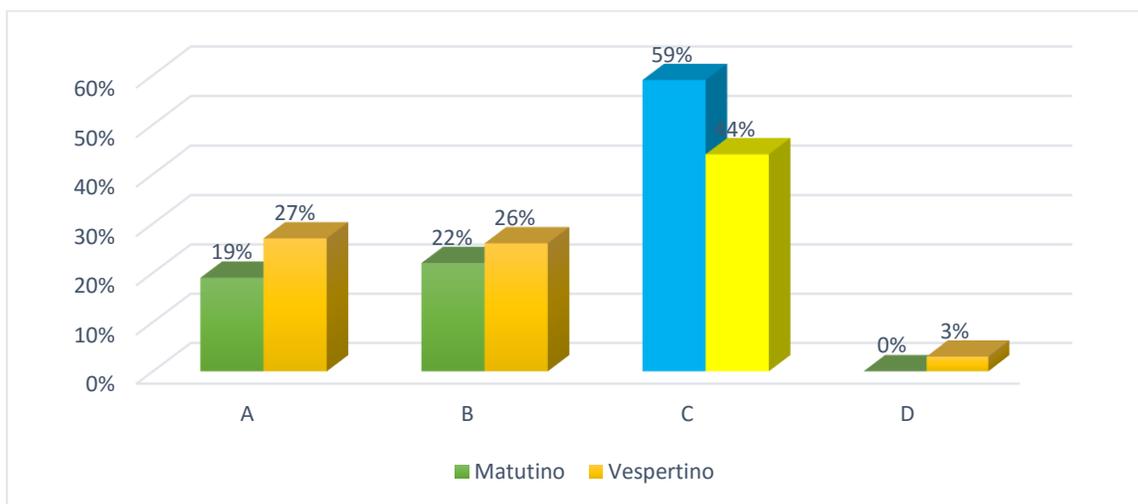
La opción correcta de esta pregunta es la opción **c** cómo podemos ver solo el 59% del turno matutino contestó correctamente y 44% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 4).

Cuadro No. 4 Frecuencia y porcentaje de valores normales de plaquetas, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	12	19
	b	14	22
	c	37	59
	d	0	0
Total		63	100
Vespertino	a	16	27
	b	15	26
	c	26	44
	d	2	3
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 4. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno acerca de los valores normales de plaquetas.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta de vida media normal de las plaquetas en pacientes sanos; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (15) 24% contestaron la opción **a**; (28) 44% contestaron la opción **b**; (13) 21% contestaron la opción **c**; (7) 11% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (12) 20% contestaron la opción **a**; (26) 44% contestaron la opción **b**; (11) 19% contestaron la opción **c**; (10) 17% contestaron la opción **d**.

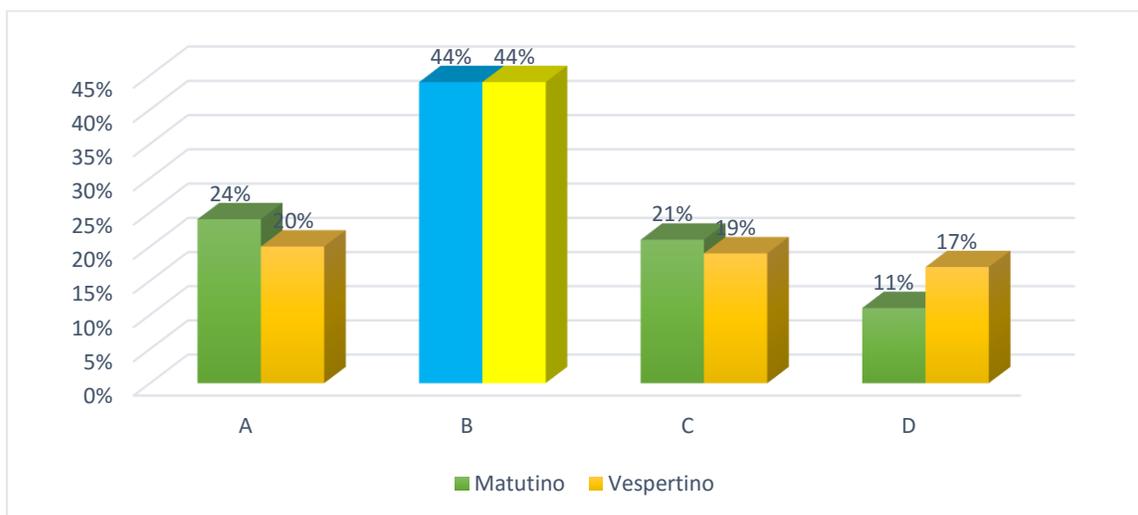
La opción correcta de esta pregunta es la opción **b** cómo podemos ver tanto el turno matutino como el turno vespertino solo el 44% contestaron correctamente. (Ver cuadro y figura No. 5).

Cuadro No. 5 Frecuencia y porcentaje de vida media normal de plaquetas, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	15	24
	b	28	44
	c	13	21
	d	7	11
Total		63	100
Vespertino	a	12	20
	b	26	44
	c	11	19
	d	10	17
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 5. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno referente a la vida media normal de plaquetas.



*F.D.

El total de alumnos encuestados a la pregunta manifestaciones clínicas que presentan los pacientes con púrpura trombocitopénica; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (54) 86% contestaron la opción **a**; (7) 11% contestaron la opción **b**; (0) 0% contestaron la opción **c**; (2) 3% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (52) 88% contestaron la opción **a**; (3) 5% contestaron la opción **b**; (1) 2% contestaron la opción **c**; (3) 5% contestaron la opción **d**.

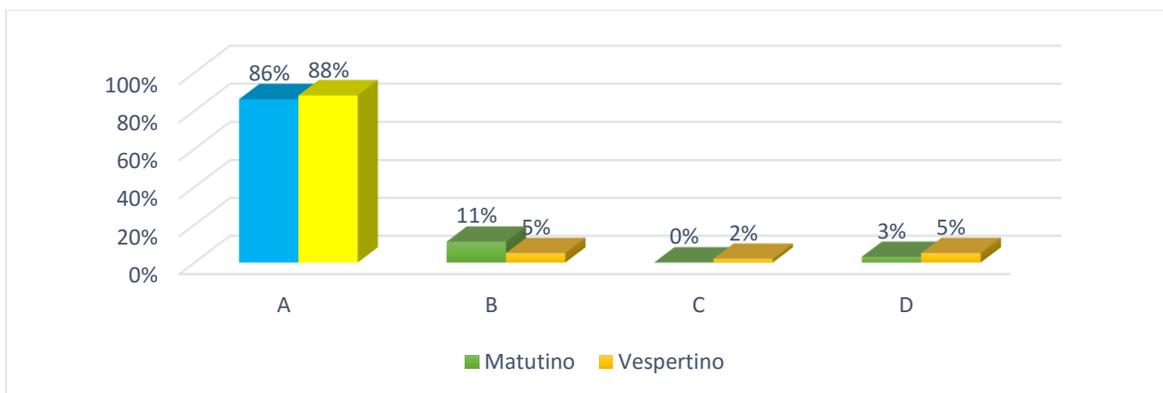
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** como podemos ver el 88% del turno vespertino contestó correctamente, así como 86% del turno matutino. (Ver cuadro y figura No. 6).

Cuadro No 6. Frecuencia y porcentaje de las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes con purpura trombocitopenica, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	54	86
	b	7	11
	c	0	0
	d	2	3
Total		63	100
Vespertino	a	52	88
	b	3	5
	c	1	2
	d	3	5
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 6. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno relativo a las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes con purpura trombocitopenica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados a la pregunta manifestaciones bucales que presentan pacientes con púrpura trombocitopénica; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (8) 13% contestaron la opción **a**; (2) 3% contestaron la opción **b**; (41) 65% contestaron la opción **c**; (12) 19% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (8) 14% contestaron la opción **a**; (3) 5% contestaron la opción **b**; (36) 61% contestaron la opción **c**; (12) 20% contestaron la opción **d**.

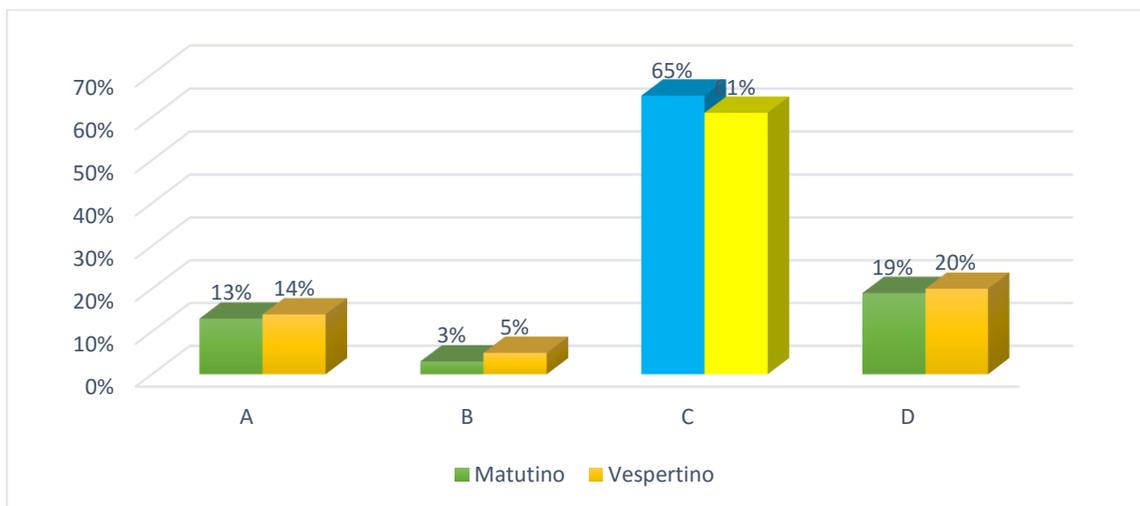
La opción correcta de esta pregunta es la opción **c** como podemos ver el 65% del turno matutino contestó correctamente y 61% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 7).

Cuadro. No. 7 Frecuencia y porcentaje de manifestaciones bucales que presentan pacientes con purpura trombocitopenica, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	8	13
	b	2	3
	c	41	65
	d	12	19
Total		63	100
Vespertino	a	8	14
	b	3	5
	c	36	61
	d	12	20
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 7. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno acerca de las manifestaciones bucales que presentan los pacientes con purpura trombocitopenica



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta promedio mínimo de plaquetas, para atender a un paciente en operatoria dental; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (5) 8% contestaron la opción **a**; (17) 27% contestaron la opción **b**; (25) 40% contestaron la opción **c**; (16) 25% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (8) 14% contestaron la opción **a**; (22) 37% contestaron la opción **b**; (17) 29% contestaron la opción **c**; (12) 20% contestaron la opción **d**.

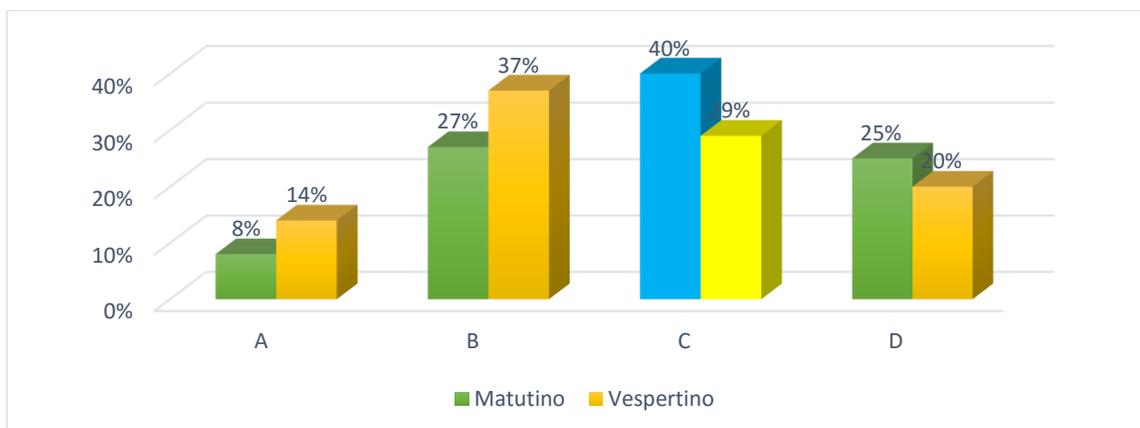
La opción correcta de esta pregunta es la opción **c** cómo podemos ver solo el 40% del turno matutino contesto correctamente y 29% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 8).

Cuadro. No. 8 Frecuencia y porcentaje de promedio mínimo de plaquetas, para atender a un paciente en operatoria dental, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	5	8
	b	17	27
	c	25	40
	d	16	25
Total		63	100
Vespertino	a	8	14
	b	22	37
	c	17	29
	d	12	20
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 8. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno referente al promedio mínimo de plaquetas, para atender a un paciente en operatoria dental.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta promedio mínimo de plaquetas, para atender a un paciente en procedimientos quirúrgicos y pulpares; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (2) 3% contestaron la opción **a**; (14) 22% contestaron la opción **b**; (24) 38% contestaron la opción **c**; (23) 37% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (1) 1% contestaron la opción **a**; (16) 27% contestaron la opción **b**; (21) 36% contestaron la opción **c**; (21) 36% contestaron la opción **d**.

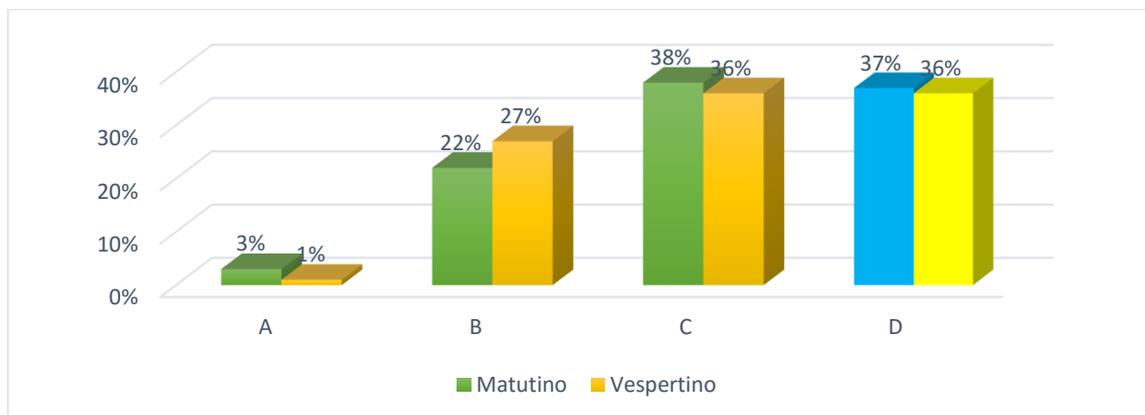
La opción correcta de esta pregunta es la opción **d** cómo podemos ver solo el 37% del turno matutino contesto correctamente y 36% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 9).

Cuadro. No. 9 Frecuencia y porcentaje de promedio mínimo de plaquetas, para atender a un paciente en procedimientos quirúrgicos y pulpares, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	2	3
	b	14	22
	c	24	38
	d	23	37
Total		63	100
Vespertino	a	1	1
	b	16	27
	c	21	36
	d	21	36
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 9. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno relativo al promedio mínimo de plaquetas, para atender a un paciente en procedimientos quirúrgicos y pulpares.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta vida media de plaquetas en personas con purpura trombocitopenica; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (35) 56% contestaron la opción **a**; (19) 30% contestaron la opción **b**; (7) 11% contestaron la opción **c**; (2) 3% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (39) 66% contestaron la opción **a**; (12) 20% contestaron la opción **b**; (5) 9% contestaron la opción **c**; (3) 5% contestaron la opción **d**.

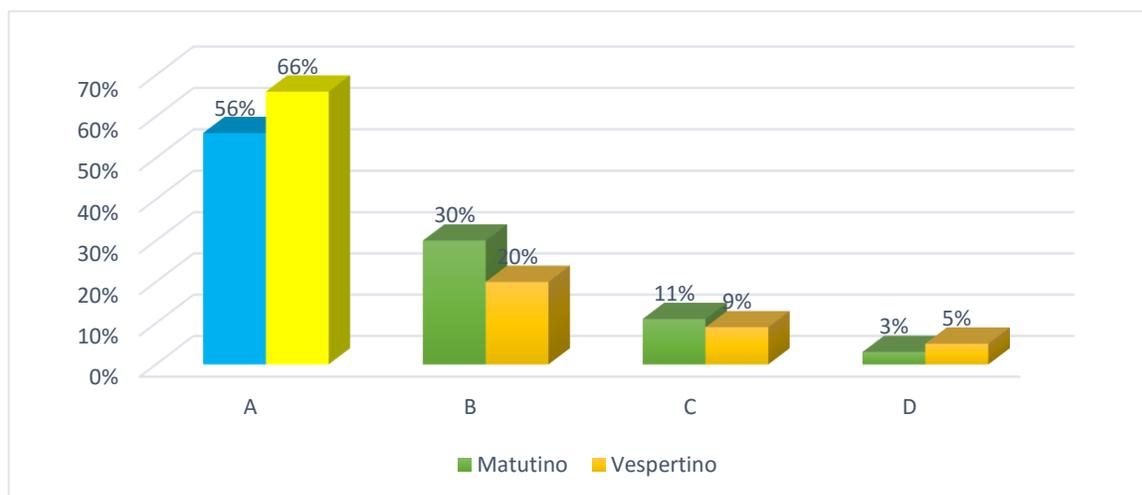
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver solo el 56% del turno matutino contesto correctamente y 66% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 10).

Cuadro. No. 10 Frecuencia y porcentaje acerca de la vida media de plaquetas en personas con purpura trombocitopenica, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	35	56
	b	19	30
	c	7	11
	d	2	3
Total		63	100
Vespertino	a	39	66
	b	12	20
	c	5	9
	d	3	5
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 10. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno relativo vida media de plaquetas en personas con purpura trombocitopenica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta analgésico indicado para pacientes con purpura trombocitopenica; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (23) 37% contestaron la opción **a**; (3) 5% contestaron la opción **b**; (28) 44% contestaron la opción **c**; (9) 14% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales 25 (43) % contestaron la opción **a**; (2) 3% contestaron la opción **b**; (22) 37% contestaron la opción **c**; (10) 17% contestaron la opción **d**.

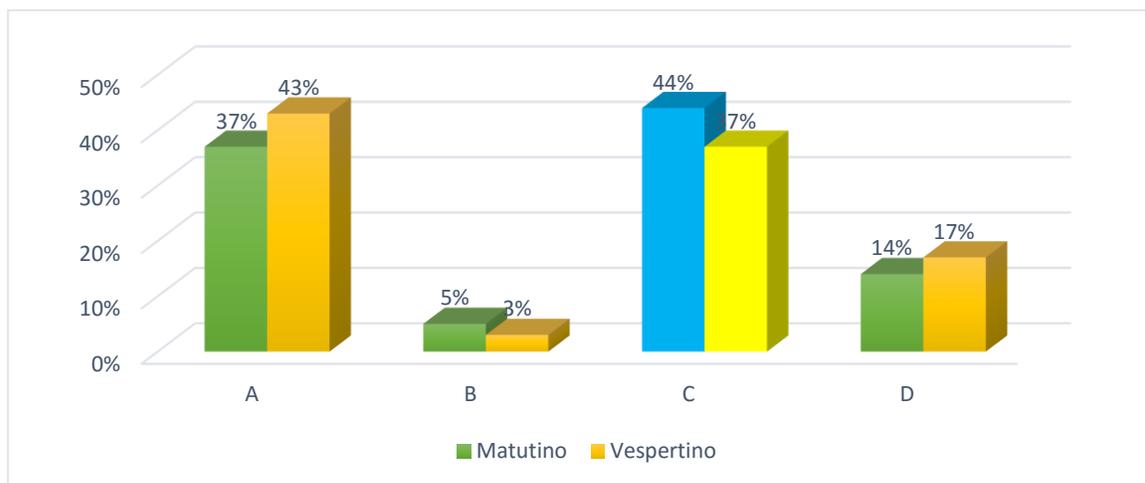
La opción correcta de esta pregunta es la opción **c** cómo podemos ver solo el 44% del turno matutino contesto correctamente y 37% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 11).

Cuadro. No. 11 Frecuencia y porcentaje acerca de analgésico indicado para pacientes con purpura trombocitopenica, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	23	37
	b	3	5
	c	28	44
	d	9	14
Total		63	100
Vespertino	a	25	43
	b	2	3
	c	22	37
	d	10	17
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 11. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno relativo al analgésico indicado en personas con purpura trombocitopenica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta especialista que debe trabajar con cirujano dentista de manera interdisciplinaria para pacientes con purpura trombocitopenica; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (58) 92% contestaron la opción **a**; (0) 0% contestaron la opción **b**; (1) 2% contestaron la opción **c**; (4) 6% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (53) 90% contestaron la opción **a**; (1) 2% contestaron la opción **b**; (0) 0% contestaron la opción **c**; (5) 8% contestaron la opción **d**.

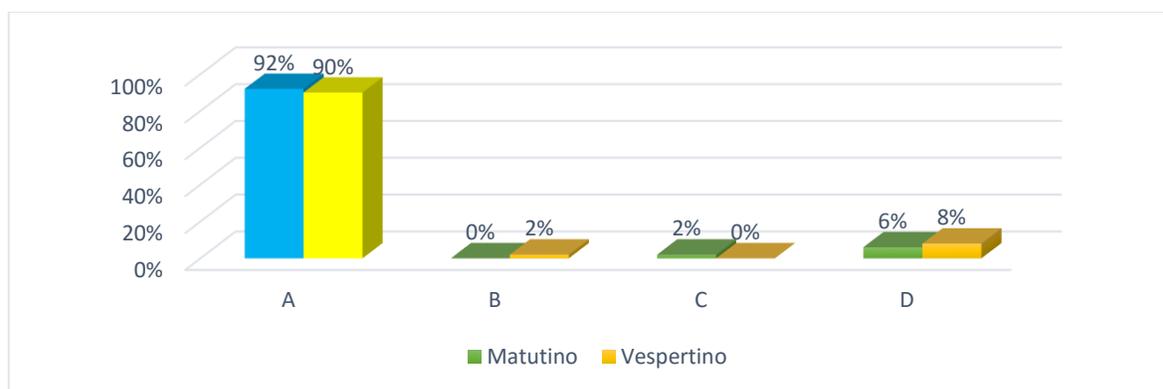
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 92% del turno matutino contesto correctamente y el 90% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 12).

Cuadro. No. 12 Frecuencia y porcentaje de especialista que debe trabajar con cirujano dentista de manera interdisciplinaria para pacientes con purpura trombocitopenica, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	58	92
	b	0	0
	c	1	2
	d	4	6
Total		63	100
Vespertino	a	53	90
	b	1	2
	c	0	0
	d	5	8
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 12. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno acerca de especialista que debe trabajar con cirujano dentista de manera interdisciplinaria para pacientes con purpura trombocitopenica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta de anestesia para pacientes con purpura trombocitopenica; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (33) 52% contestaron la opción **a**; (30) 48% contestaron la opción **b**; (0) 0% contestaron la opción **c**; (0) 0% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (26) 44% contestaron la opción **a**; (30) 51% contestaron la opción **b**; (1) 2% contestaron la opción **c**; (2) 3% contestaron la opción **d**.

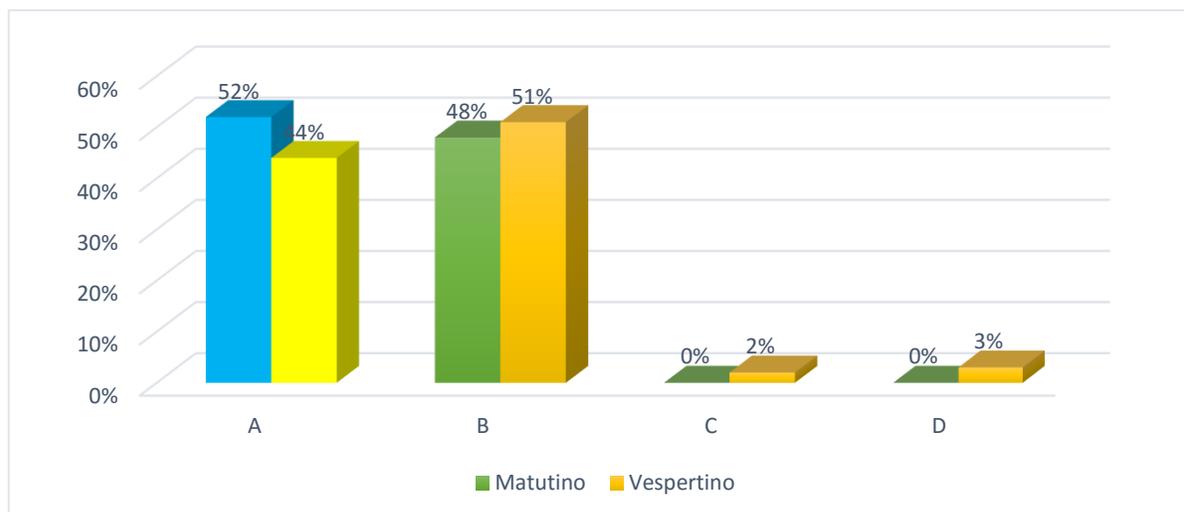
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver solo el 52% del turno matutino contesto correctamente y 44% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 13).

Cuadro. No. 13 Frecuencia y porcentaje acerca de anestesia para pacientes con purpura trombocitopenica, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	33	52
	b	30	48
	c	0	0
	d	0	0
Total		63	100
Vespertino	a	26	44
	b	30	51
	c	1	2
	d	2	3
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 13. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno a la pregunta de anestesia para pacientes con purpura trombocitopenica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta de si las personas con trombocitopenia pueden verse aparentemente sanas, del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (53) 84% contestaron la opción **a**; (10) 16% contestaron la opción **b**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (47) 80% contestaron la opción **a**; (12) 20% contestaron la opción **b**.

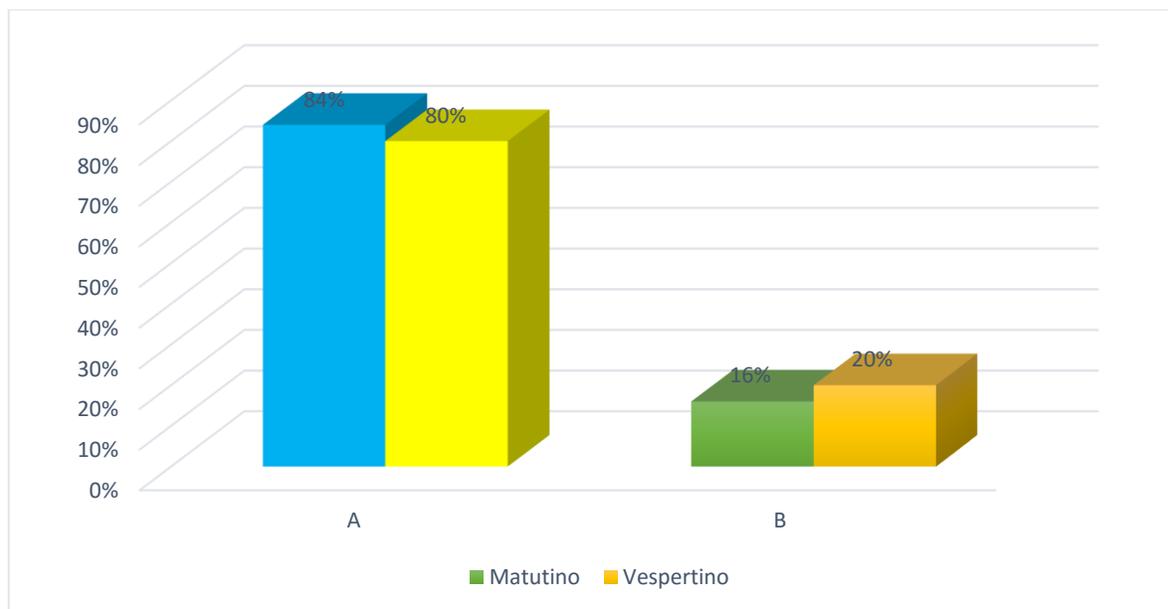
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 84% del turno matutino contesto correctamente, así como el 80% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 14).

Cuadro. No. 14 Frecuencia y porcentaje, a la pregunta si las personas con trombocitopenia pueden verse aparentemente sana, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	53	84
	b	10	16
Total		63	100
Vespertino	a	47	80
	b	12	20
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 14. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno a la pregunta si las personas con trombocitopenia pueden verse aparentemente sana.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta si cualquier tipo de infección pueden descender las plaquetas; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (45) 71% contestaron la opción **a**; (18) 29% contestaron la opción **b**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (35) 59% contestaron la opción **a**; (24) 41% contestaron la opción **b**.

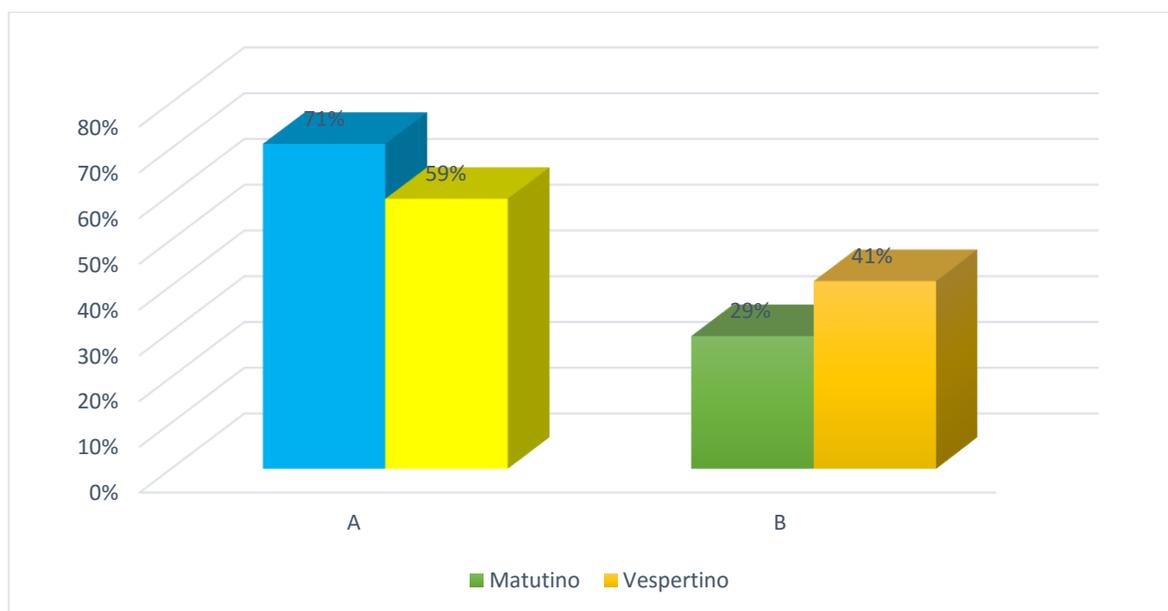
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 71% del turno matutino contesto correctamente, así como el 59% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 15).

Cuadro. No. 15 Frecuencia y porcentaje, respecto si cualquier tipo de infección pueden descender las plaquetas, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	45	71
	b	18	29
Total		63	100
Vespertino	a	35	59
	b	24	41
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 15. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno a la pregunta si cualquier tipo de infección puede descender las plaquetas.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta si al realizar la extracción de un órgano dentario a pacientes que padecen púrpura trombocitopénica se le colocaría algún agente hemostático; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (51) 81% contestaron la opción **a**; (12) 19% contestaron la opción **b**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (40) 68% contestaron la opción **a**; (19) 32% contestaron la opción **b**.

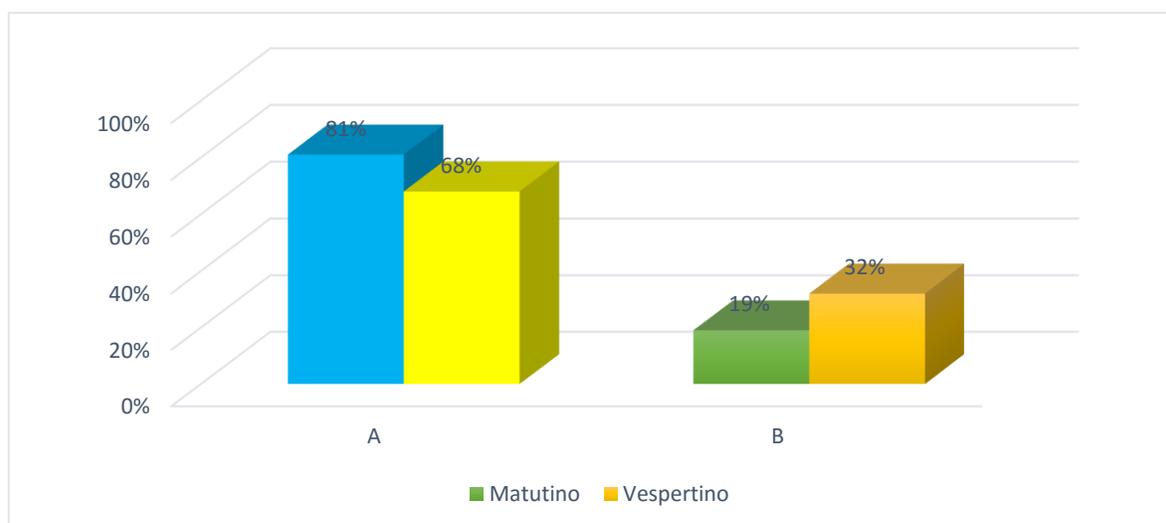
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 81% del turno matutino contesto correctamente, así como 68% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 16).

Cuadro. No. 16 Frecuencia y porcentaje a la pregunta si al realizar la extracción de un órgano dentario a un paciente que padece purpura trombocitopenica se le colocaría algún agente hemostático, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	51	81
	b	12	19
Total		63	100
Vespertino	a	40	68
	b	19	32
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 16. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno, si al realizar la extracción de un órgano dentario a un paciente que padece purpura trombocitopenica se le colocaría algún agente hemostático.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta tiempo de sangrado en una persona sana; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (4) 6% contestaron la opción **a**; (17) 27% contestaron la opción **b**; (37) 59% contestaron la opción **c**; (5) 8% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (2) 3% contestaron la opción **a**; (21) 36% contestaron la opción **b**; (29) 49% contestaron la opción **c**; (7) 12% contestaron la opción **d**.

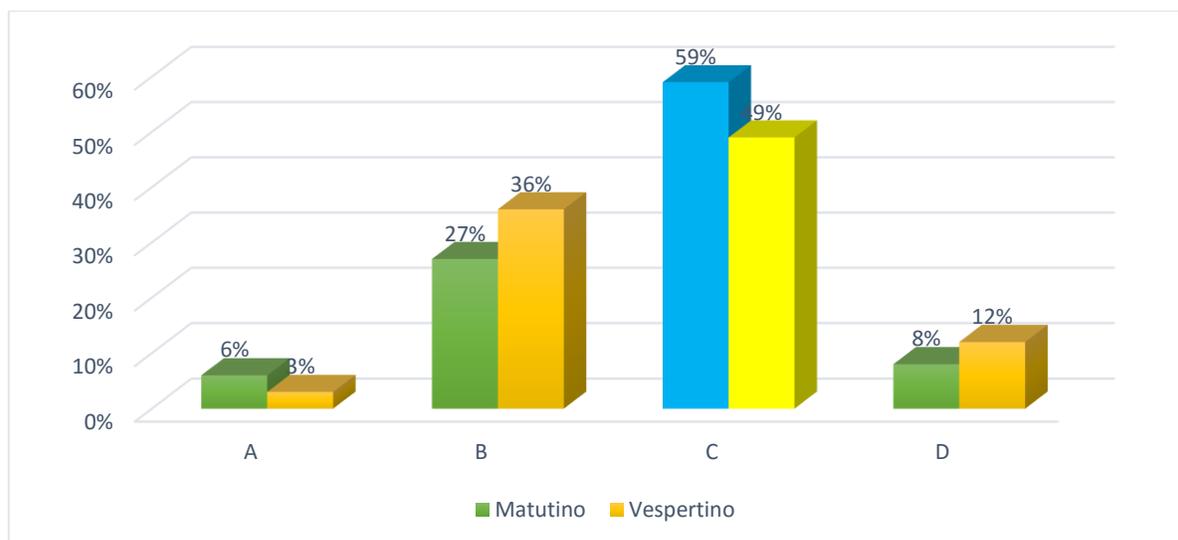
La opción correcta de esta pregunta es la opción **c** cómo podemos ver el 59% del turno matutino contesto correctamente y 49% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 17).

Cuadro. No. 17 Frecuencia y porcentaje de tiempo de sangrado de una persona sana, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	4	6
	b	17	27
	c	37	59
	d	5	8
Total		63	100
Vespertino	a	2	3
	b	21	36
	c	29	49
	d	7	12
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 17. Porcentaje por género, de tiempo de sangrado de una persona sana.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta si el uso del hilo dental agresivo, palillos dentales, alimentos de consistencia dura, pueden provocar sangrados abundantes en personas que padecen púrpura trombocitopénica; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (50) 79% contestaron la opción **a**; (13) 21% contestaron la opción **b**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (46) 78% contestaron la opción **a**; (13) 22% contestaron la opción **b**.

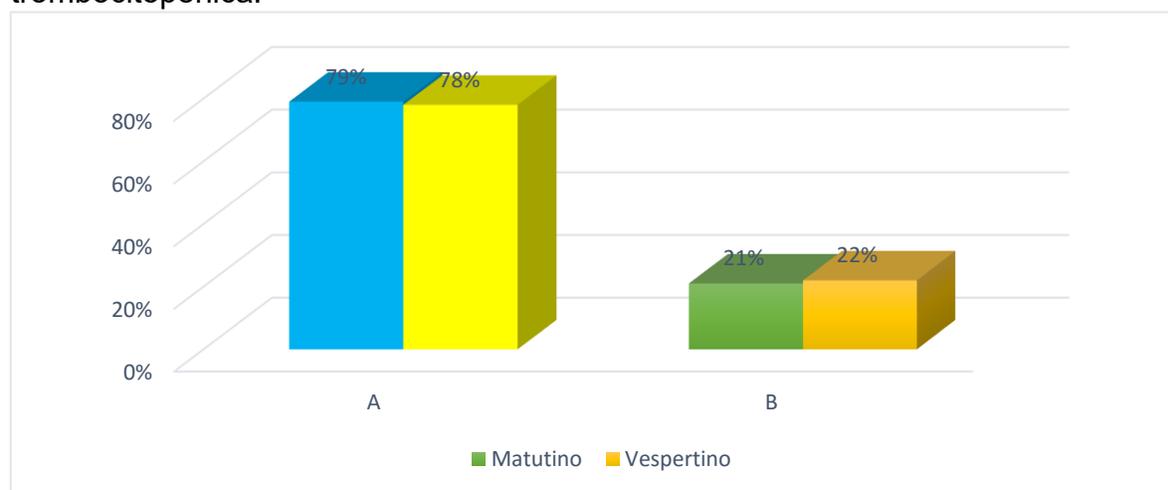
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 79% del turno matutino contestó correctamente, así como 78% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 18).

Cuadro. No. 18 Frecuencia y porcentaje relativo a si el uso del hilo dental agresivo, palillos dentales, alimentos de consistencia dura, pueden provocar sangrados abundantes en personas que padecen púrpura trombocitopénica, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	50	79
	b	13	21
Total		63	100
Vespertino	a	46	78
	b	13	22
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 18. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno si el uso del hilo dental agresivo, palillos dentales, alimentos de consistencia dura, pueden provocar sangrados abundantes en personas que padecen purpura trombocitopenica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta si se puede realizar cualquier tipo de procedimiento odontológico en pacientes con Púrpura Trombocitopénica que estén tomando corticoides; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (33) 52% contestaron la opción **a**; (30) 48% contestaron la opción **b**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (22) 37% contestaron la opción **a**; (37) 63% contestaron la opción **b**.

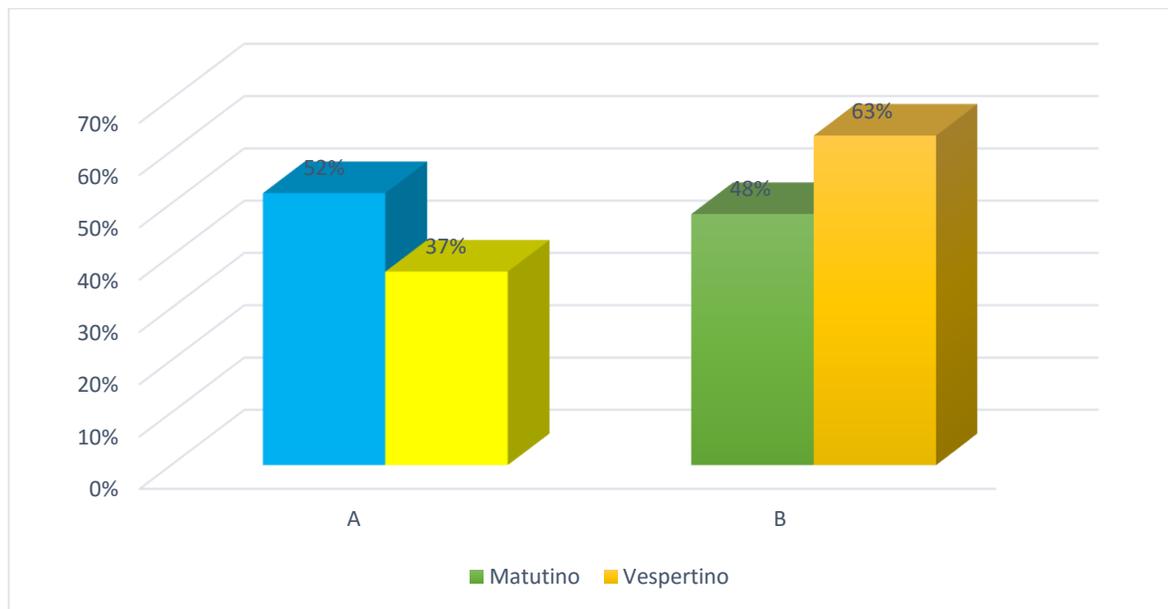
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 52% del turno matutino contesto correctamente, 37% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 19).

Cuadro. No. 19 Frecuencia y porcentaje a la pregunta si pueden realizar cualquier tipo de procedimiento odontológico en pacientes con purpura trombocitopenica que estén tomando corticoides, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	33	52
	b	30	48
Total		63	100
Vespertino	a	22	37
	b	37	63
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 19. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno si pueden realizar cualquier tipo de procedimiento odontológico en pacientes con purpura trombocitopenica que estén tomando corticoides.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta si después de una esplenectomía pueden presentarse con mucha facilidad cualquier tipo de infección bucal, del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (43) 68% contestaron la opción **a**; (20) 32% contestaron la opción **b**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (36) 61% contestaron la opción **a**; (23) 39% contestaron la opción **b**.

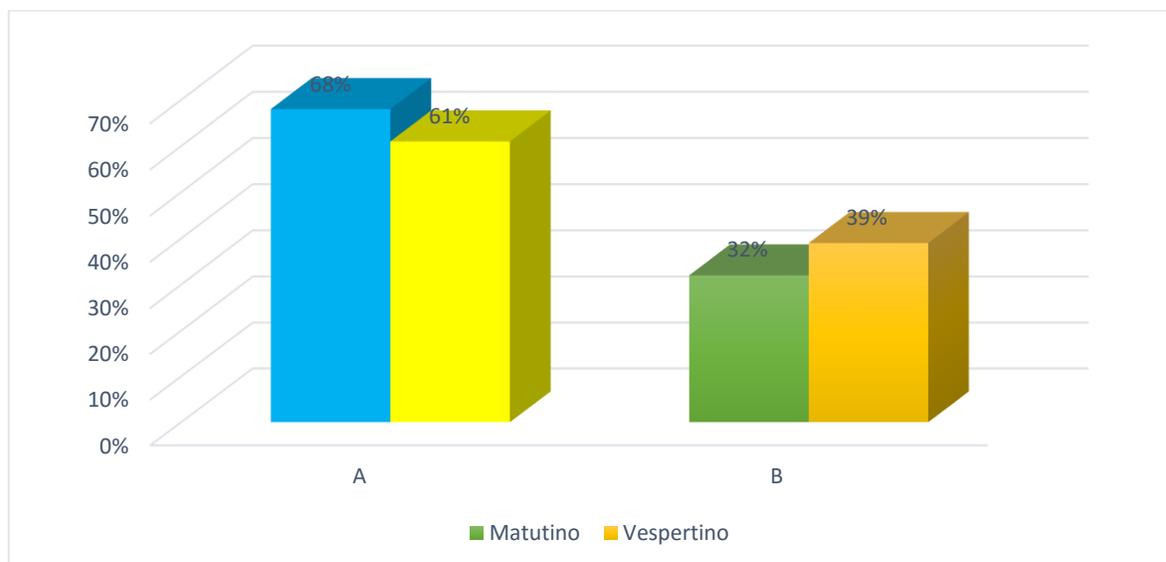
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 68% del turno matutino contestó correctamente y 61% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 20).

Cuadro. No. 20 Frecuencia y porcentaje a la pregunta si después de una esplenectomía pueden presentarse con mucha facilidad cualquier tipo de infección bucal, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	43	68
	b	20	32
Total		63	100
Vespertino	a	36	61
	b	23	39
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 20. Porcentaje de los alumnos que contestaron por turno si después de una esplenectomía pueden presentarse con mucha facilidad cualquier tipo de infección bucal.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta si al realizar una cirugía que tipo de sutura que usarían en pacientes con púrpura trombocitopénica; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (31) 49% contestaron la opción **a**; (23) 37% contestaron la opción **b**; (5) 8% contestaron la opción **c**; (4) 6% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (37) 63% contestaron la opción **a**; (14) 24% contestaron la opción **b**; (3) 5% contestaron la opción **c**; (5) 8% contestaron la opción **d**.

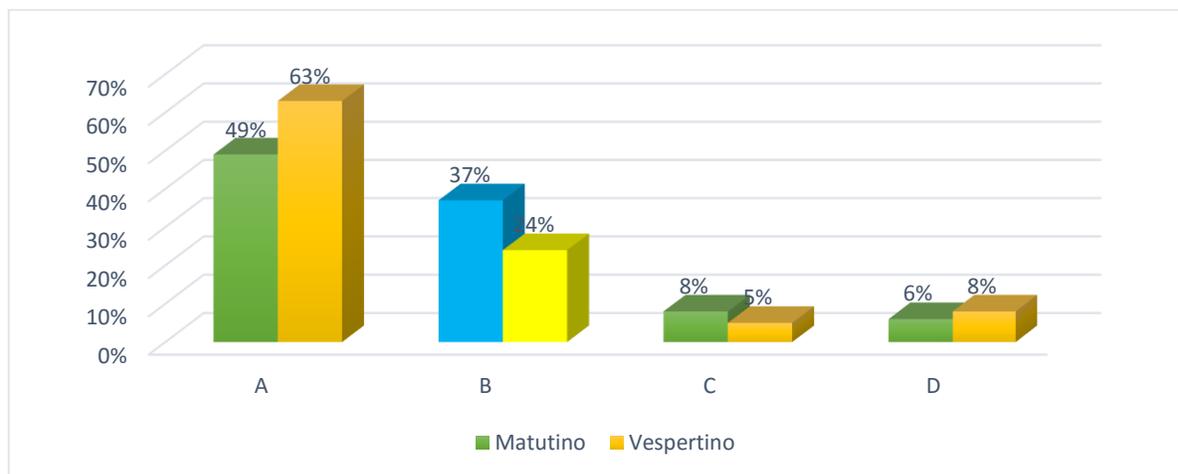
La opción correcta de esta pregunta es la opción **b** cómo podemos ver solo el 37% del turno matutino contesto correctamente y 24% del turno vespertino. (Ver cuadro y figura No. 21).

Cuadro. No. 21. Frecuencia y porcentaje a la pregunta si al realizar una cirugía el tipo de sutura que usarían, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	31	49
	b	23	37
	c	5	8
	d	4	6
Total		63	100
Vespertino	a	37	63
	b	14	24
	c	3	5
	d	5	8
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 21. Porcentaje por turno, en respuesta a la pregunta el tipo de sutura que usarían en pacientes con purpura trombocitopenica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta como consideran su formación profesional para la atención de pacientes que padecen púrpura trombocitopénica; del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (31) 49% contestaron la opción **a**; (17) 27% contestaron la opción **b**; (14) 22% contestaron la opción **c**; (1) 2% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (31) 52% contestaron la opción **a**; (14) 24% contestaron la opción **b**; (13) 22% contestaron la opción **c**; (1) 2% contestaron la opción **d**.

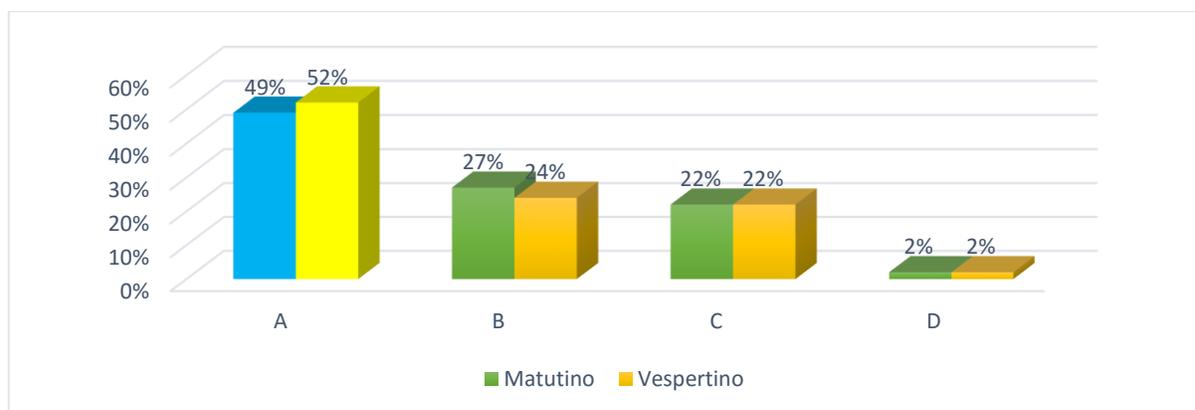
Por tanto el 49% del turno matutino y el 52% del turno vespertino consideran su formación profesional como poca para la atención odontológica a pacientes con púrpura trombocitopénica. (Ver cuadro y figura No. 22).

Cuadro. No. 22 Frecuencia y porcentaje de formación profesional para atención odontológica a pacientes con púrpura trombocitopénica, por turno.

Turno	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	a	31	49
	b	17	27
	c	14	22
	d	1	2
Total		63	100
Vespertino	a	31	52
	b	14	24
	c	13	22
	d	1	2
Total		59	100

*F.D.

Figura No. 22. Porcentaje por turno en referencia a la pregunta de cómo consideran su formación profesional para atención odontológica a pacientes con púrpura trombocitopénica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en el concepto de trombocitopenia, del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (59) 81% contestaron la opción **a**; (10) 13% contestaron la opción **b**; (2) 3% contestaron la opción **c**; (2) 3% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (38) 78% contestaron la opción **a**; (7) 14% contestaron la opción **b**; (2) 4% contestaron la opción **c**; (2) 4% contestaron la opción **d**.

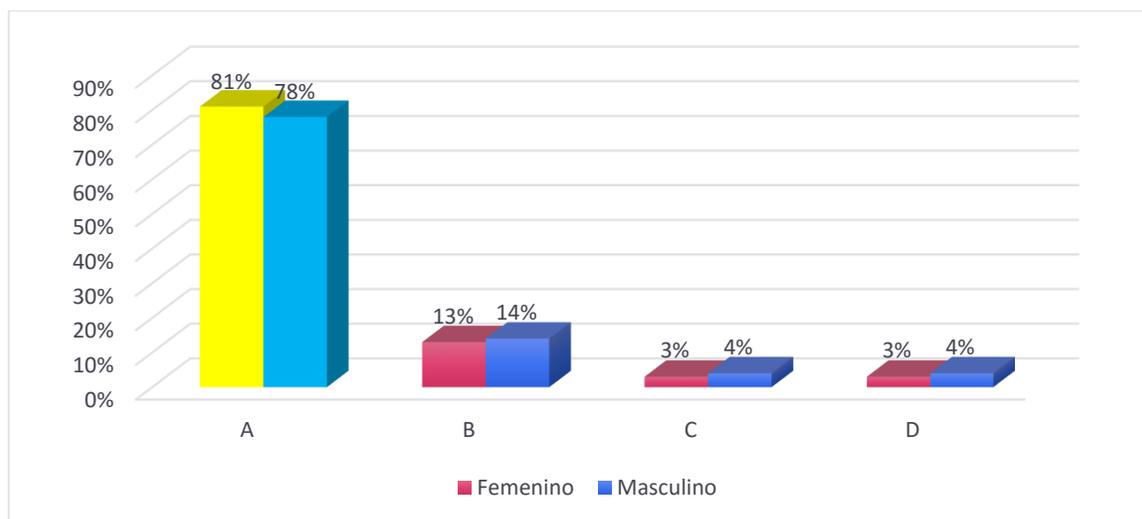
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 81% del sexo femenino contesto correctamente y 78% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 23).

Cuadro No. 23. Frecuencia y porcentaje del concepto de trombocitopenia por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	59	81
	b	10	13
	c	2	3
	d	2	3
Total		73	100
Masculino	a	38	78
	b	7	14
	c	2	4
	d	2	4
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 23. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género sobre concepto de trombocitopenia.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta de valores normales de plaquetas; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (17) 23% contestaron la opción **a**; (21) 29% contestaron la opción **b**; (33) 45% contestaron la opción **c**; (2) 3% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (11) 23% contestaron la opción **a**; (8) 16% contestaron la opción **b**; (30) 61% contestaron la opción **c**; (0) 0% contestaron la opción **d**.

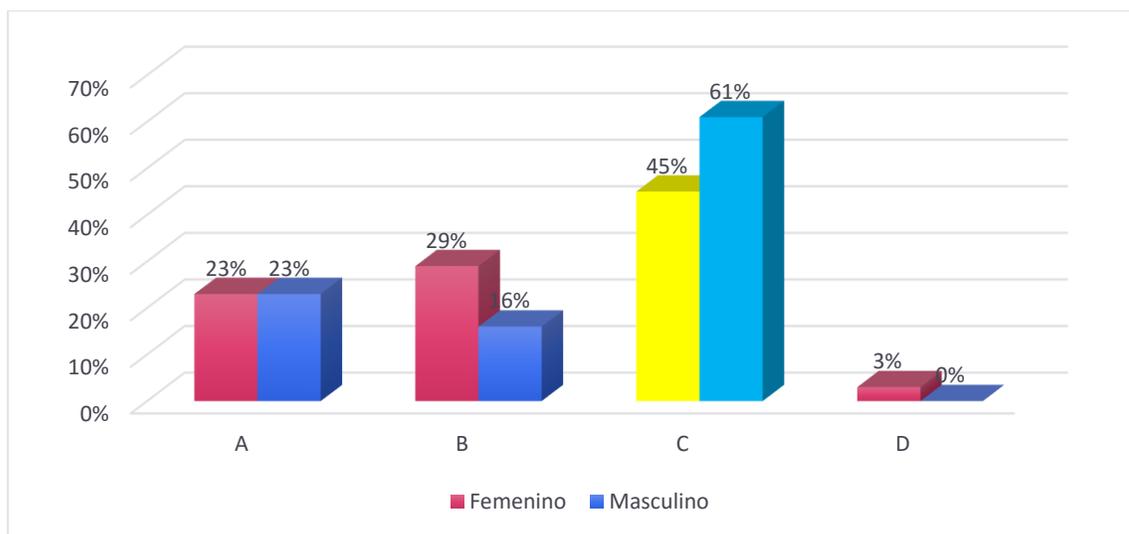
La opción correcta de esta pregunta es la opción **c** cómo podemos ver el 45% del sexo femenino contesto correctamente y 61% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 24).

Cuadro No. 24. Frecuencia y porcentaje de valores normales de plaquetas, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	17	23
	b	21	29
	c	33	45
	d	2	3
Total		73	100
Masculino	a	11	23
	b	8	16
	c	30	61
	d	0	0
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 24. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género acerca de los valores normales de plaquetas.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta de vida media de las plaquetas; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (13) 18% contestaron la opción **a**; (35) 48% contestaron la opción **b**; (16) 22% contestaron la opción **c**; (9) 12% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (14) 29% contestaron la opción **a**; (19) 39% contestaron la opción **b**; (8) 16% contestaron la opción **c**; (8) 16% contestaron la opción **d**.

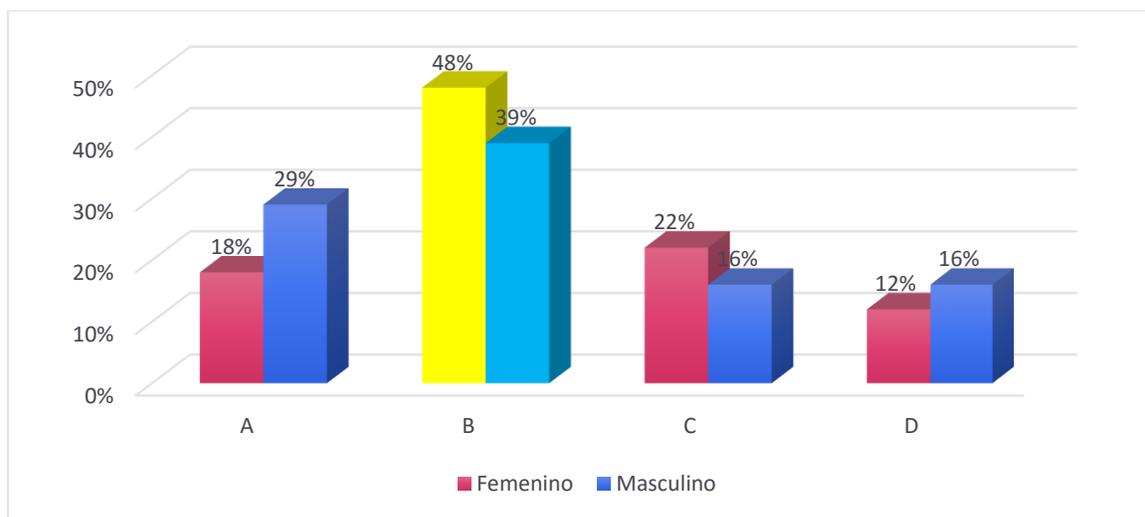
La opción correcta de esta pregunta es la opción **b** cómo podemos 48% del sexo femenino contesto correctamente y 39% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 25).

Cuadro No. 25. Frecuencia y porcentaje de vida media normal de plaquetas, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	13	18
	b	35	48
	c	16	22
	d	9	12
Total		73	100
Masculino	a	14	29
	b	19	39
	c	8	16
	d	8	16
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 25. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género referente a la vida media normal de plaquetas.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta de manifestaciones clínicas que presentan los pacientes con Púrpura Trombocitopénica; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (60) 83% contestaron la opción **a**; (8) 11% contestaron la opción **b**; (1) 1% contestaron la opción **c**; (4) 5% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (46) 94% contestaron la opción **a**; (2) 4% contestaron la opción **b**; (0) 0% contestaron la opción **c**; (1) 2% contestaron la opción **d**.

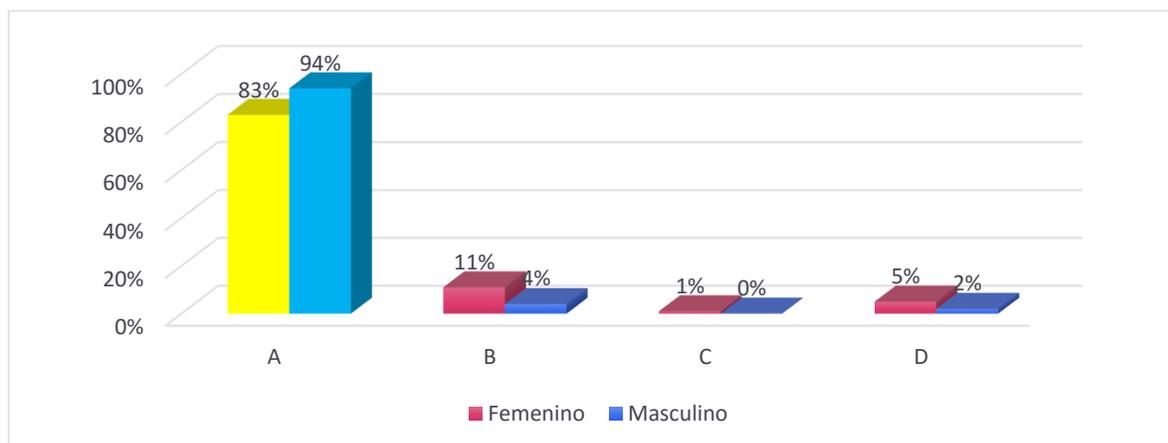
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 83% del sexo femenino contestó correctamente, así como 94% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 26).

Cuadro No 26. Frecuencia y porcentaje de las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes con purpura trombocitopenica, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	60	83
	b	8	11
	c	1	1
	d	4	5
Total		73	100
Masculino	a	46	94
	b	2	4
	c	0	0
	d	1	2
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 26. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género relativo a las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes con purpura trombocitopenica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta manifestaciones bucales que presentan pacientes con púrpura trombocitopénica; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (9) 12% contestaron la opción **a**; (3) 4% contestaron la opción **b**; (46) 63% contestaron la opción **c**; (15) 21% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (7) 14% contestaron la opción **a**; (2) 4% contestaron la opción **b**; (31) 63% contestaron la opción **c**; (9) 19% contestaron la opción **d**.

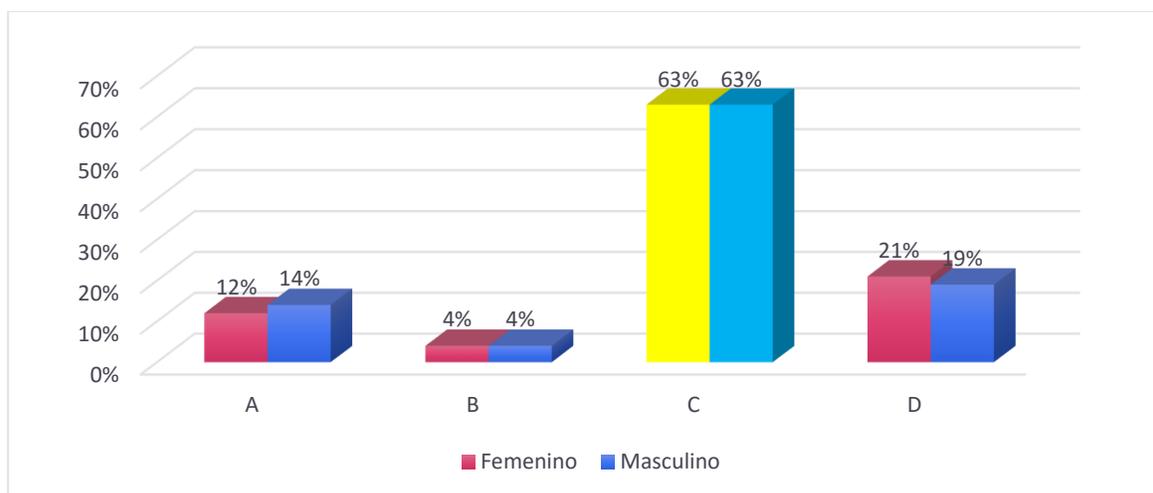
La opción correcta de esta pregunta es la opción **c** cómo podemos ver ambos géneros tuvieron un 63%. (Ver cuadro y figura No. 27).

Cuadro. No. 27 Frecuencia y porcentaje de manifestaciones bucales que presentan pacientes con purpura trombocitopenica, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	9	12
	b	3	4
	c	46	63
	d	15	21
Total		73	100
Masculino	a	7	14
	b	2	4
	c	31	63
	d	9	19
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 27. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género acerca de las manifestaciones bucales que presentan los pacientes con purpura trombocitopenica



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta promedio mínimo de plaquetas para atender a un paciente en operatoria dental; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (10) 14% contestaron la opción **a**; (29) 40% contestaron la opción **b**; (22) 30% contestaron la opción **c**; (12) 16% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (3) 6% contestaron la opción **a**; (10) 20% contestaron la opción **b**; (19) 39% contestaron la opción **c**; (17) 35% contestaron la opción **d**.

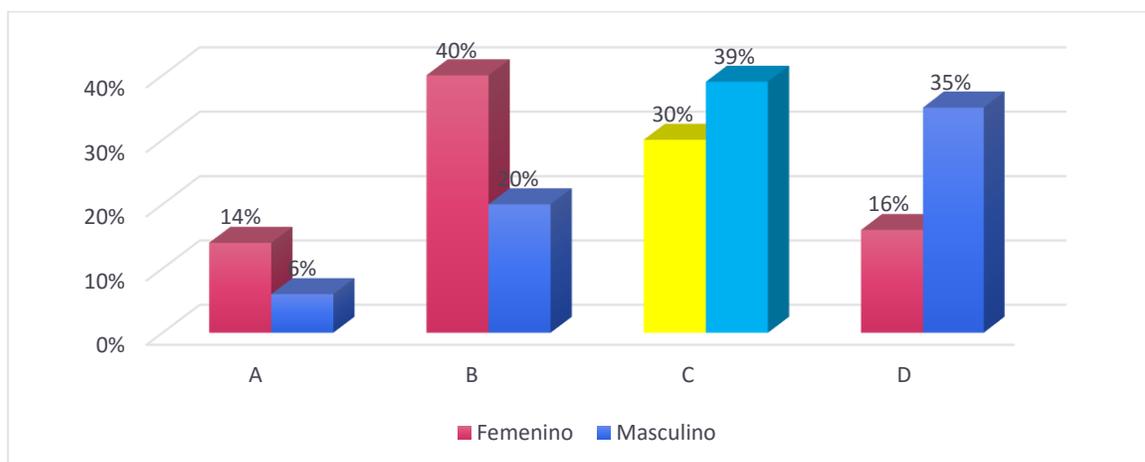
La opción correcta de esta pregunta es la opción **c** cómo podemos ver solo el 30% del sexo femenino contestó correctamente y 39% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 28).

Cuadro. No. 28 Frecuencia y porcentaje de promedio mínimo de plaquetas, para atender a un paciente en operatoria dental, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	10	14
	b	29	40
	c	22	30
	d	12	16
Total		73	100
Masculino	a	3	6
	b	10	20
	c	19	39
	d	17	35
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 28. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género referente al promedio mínimo de plaquetas, para atender a un paciente en operatoria dental.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta de promedio mínimo de plaquetas para atender a un paciente en procedimientos quirúrgicos y pulpares; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (1) 1% contestaron la opción **a**; (22) 30% contestaron la opción **b**; (28) 39% contestaron la opción **c**; (22) 30% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (2) 4% contestaron la opción **a**; (8) 16% contestaron la opción **b**; (17) 35% contestaron la opción **c**; (22) 45% contestaron la opción **d**.

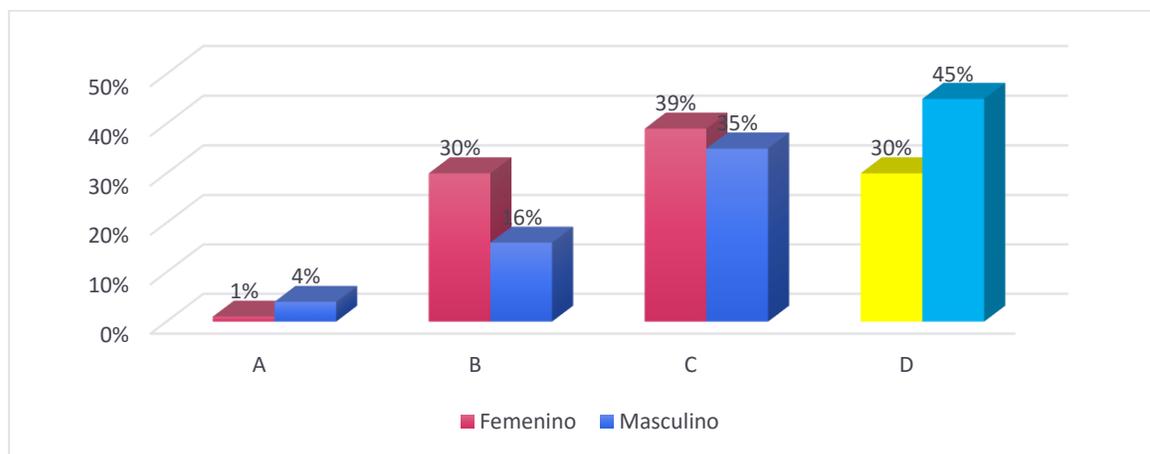
La opción correcta de esta pregunta es la opción **d** cómo podemos ver solo el 30% del sexo femenino contestó correctamente y 45% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 29).

Cuadro. No. 29 Frecuencia y porcentaje de promedio mínimo de plaquetas, para atender a un paciente en procedimientos quirúrgicos y pulpares, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	1	1
	b	22	30
	c	28	39
	d	22	30
Total		73	100
Masculino	a	2	4
	b	8	16
	c	17	35
	d	22	45
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 29. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género relativo al promedio mínimo de plaquetas, para atender a un paciente en procedimientos quirúrgicos y pulpares.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta de vida media de las plaquetas en personas con Púrpura Trombocitopénica; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (44) 60% contestaron la opción **a**; (20) 27% contestaron la opción **b**; (7) 10% contestaron la opción **c**; (2) 3% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (30) 61% contestaron la opción **a**; (11) 23% contestaron la opción **b**; (5) 10% contestaron la opción **c**; (3) 6% contestaron la opción **d**.

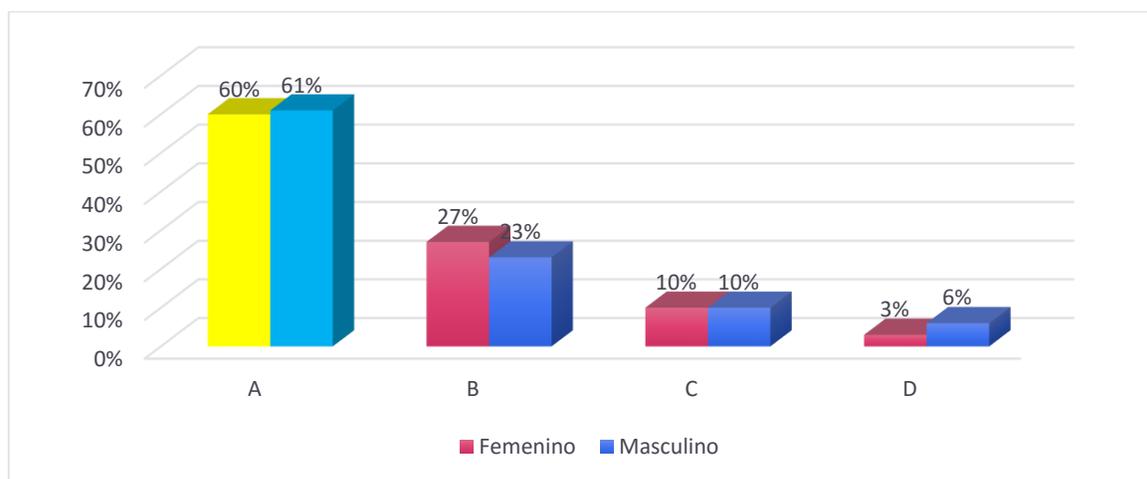
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver solo el 60% del sexo femenino contestó correctamente y 61% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 30).

Cuadro. No. 30 Frecuencia y porcentaje acerca de la vida media de plaquetas en personas con purpura trombocitopenica, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	44	60
	b	20	27
	c	7	10
	d	2	3
Total		73	100
Masculino	a	30	61
	b	11	23
	c	5	10
	d	3	6
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 30. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género relativo vida media de plaquetas en personas con purpura trombocitopenica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta del analgésico indicado en pacientes con Púrpura Trombocitopénica; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (29) 40% contestaron la opción **a**; (1) 1% contestaron la opción **b**; (34) 47% contestaron la opción **c**; (9) 12% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (19) 39% contestaron la opción **a**; (4) 8% contestaron la opción **b**; (16) 33% contestaron la opción **c**; (10) 20% contestaron la opción **d**.

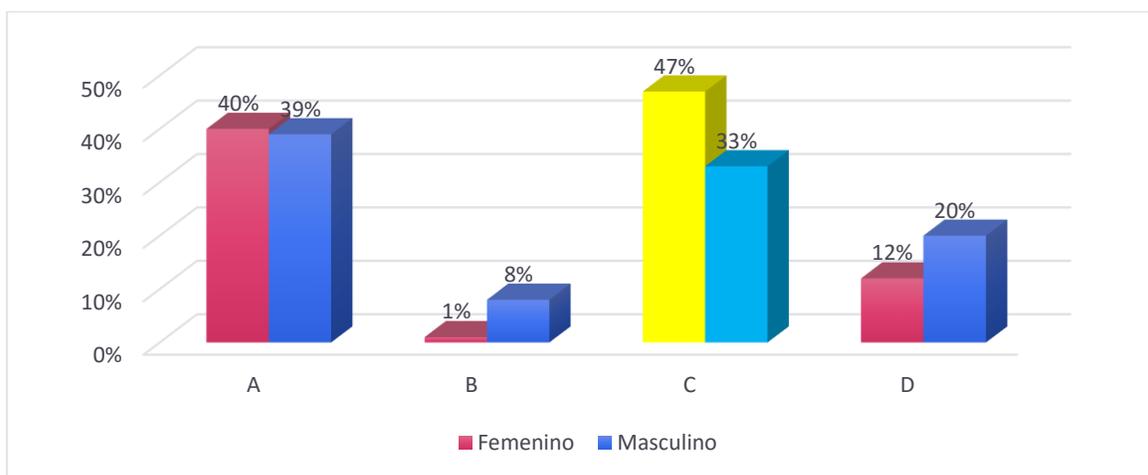
La opción correcta de esta pregunta es la opción **c** cómo podemos ver solo el 47% del sexo femenino contestó correctamente y 33% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 31).

Cuadro. No. 31 Frecuencia y porcentaje acerca de analgésico indicado para pacientes con purpura trombocitopenica, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	29	40
	b	1	1
	c	34	47
	d	9	12
Total		73	100
Masculino	a	19	39
	b	4	8
	c	16	33
	d	10	20
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 31. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género relativo al analgésico indicado en personas con purpura trombocitopenica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta con que especialista debemos de trabajar de manera interdisciplinaria para la atención de pacientes con Púrpura Trombocitopénica; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (63) 87% contestaron la opción **a**; (1) 1% contestaron la opción **b**; (1) 1% contestaron la opción **c**; (8) 11% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (48) 98% contestaron la opción **a**; (0) 0% contestaron la opción **b**; (0) 0% contestaron la opción **c**; (1) 2% contestaron la opción **d**.

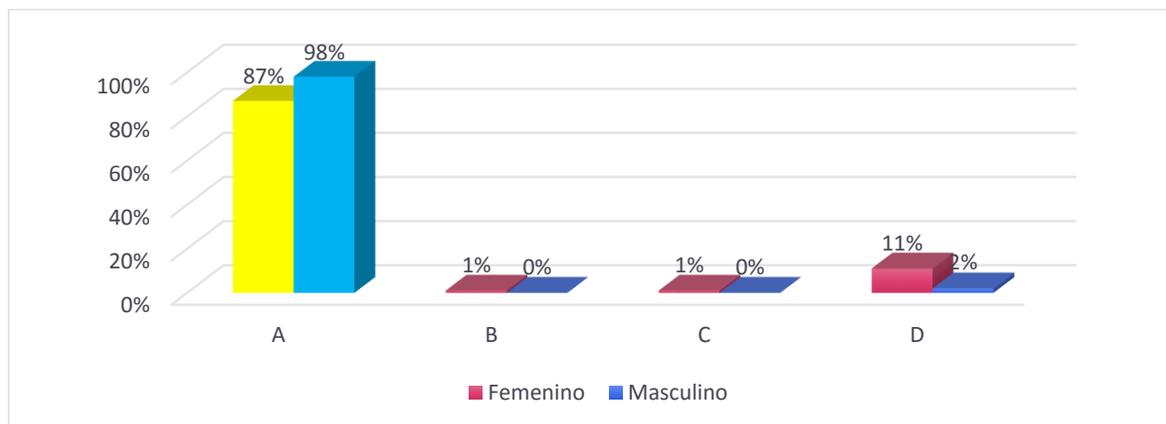
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 87% del sexo femenino contesto correctamente y 98% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 32).

Cuadro. No. 32 Frecuencia y porcentaje de especialista que debe trabajar con cirujano dentista de manera interdisciplinaria para pacientes con purpura trombocitopenica, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	63	87
	b	1	1
	c	1	1
	d	8	11
Total		73	100
Masculino	a	48	98
	b	0	0
	c	0	0
	d	1	2
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 32. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género acerca de especialista que debe trabajar con cirujano dentista de manera interdisciplinaria para pacientes con purpura trombocitopenica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta del tipo de anestesia para pacientes con Púrpura Trombocitopénica; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (35) 48% contestaron la opción **a**; (35) 48% contestaron la opción **b**; (1) 1% contestaron la opción **c**; (2) 3% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (24) 49% contestaron la opción **a**; (25) 51% contestaron la opción **b**; (0) 0% contestaron la opción **c**; (0) 0% contestaron la opción **d**.

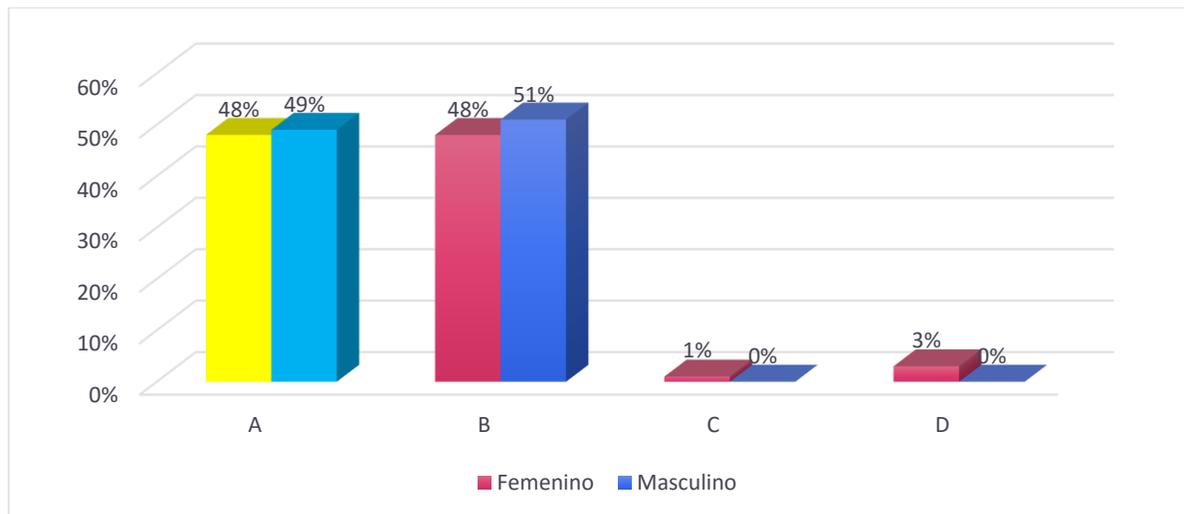
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver solo el 48% del sexo femenino contestó correctamente y 49% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 33).

Cuadro. No. 33 Frecuencia y porcentaje acerca de anestesia para pacientes con purpura trombocitopenica, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	35	48
	b	35	48
	c	1	1
	d	2	3
Total		73	100
Masculino	a	24	49
	b	25	51
	c	0	0
	d	0	0
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 33. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género a la pregunta de anestesia para pacientes con purpura trombocitopenica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta si una persona con Púrpura Trombocitopénica puede verse aparentemente sana; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (57) 78% contestaron la opción **a**; (16) 22% contestaron la opción **b**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (43) 88% contestaron la opción **a**; (6) 12% contestaron la opción **b**.

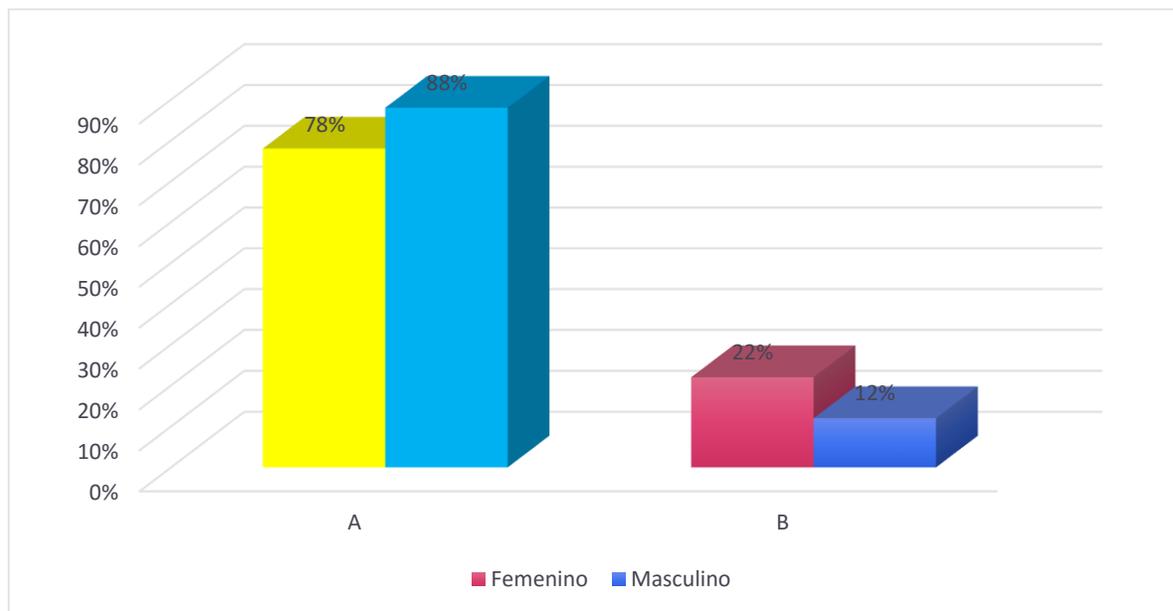
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 78% del sexo femenino contesto correctamente, así como el 88% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 34).

Cuadro. No. 34 Frecuencia y porcentaje, a la pregunta si las personas con trombocitopenia pueden verse aparentemente sana, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	57	78
	b	16	22
Total		73	100
Masculino	a	43	88
	b	6	12
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 34. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género a la pregunta si las personas con trombocitopenia pueden verse aparentemente sana.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta si cualquier tipo de infección puede de descender el nivel plaquetario; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (44) 60% contestaron la opción **a**; (29) 40% contestaron la opción **b**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (36) 73% contestaron la opción **a**; (13) 27% contestaron la opción **b**.

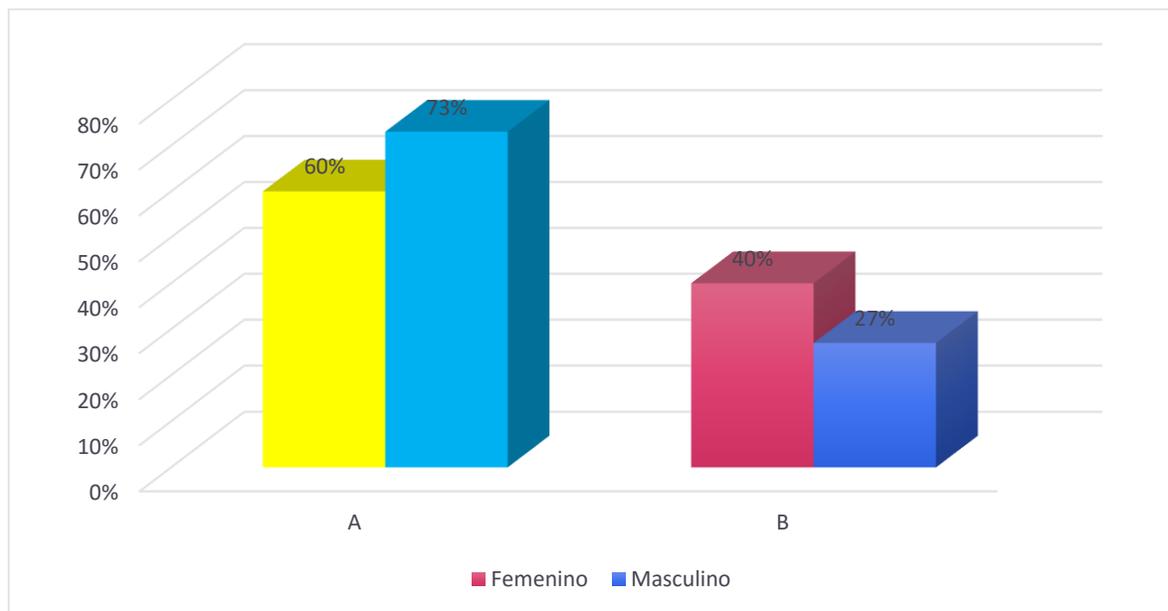
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 60% del sexo femenino contesto correctamente y 73% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 35).

Cuadro. No. 35 Frecuencia y porcentaje, respecto si cualquier tipo de infección pueden descender las plaquetas, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	44	60
	b	29	40
Total		73	100
Masculino	a	36	73
	b	13	27
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 35. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género a la pregunta si cualquier tipo de infección puede descender las plaquetas.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta si al realizar la extracción de un órgano dentario a un paciente con púrpura trombocitopénica se le colocaría algún agente hemostático; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (55) 75% contestaron la opción a; (18) 25% contestaron la opción b.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (36) 73% contestaron la opción a; (13) 27% contestaron la opción b.

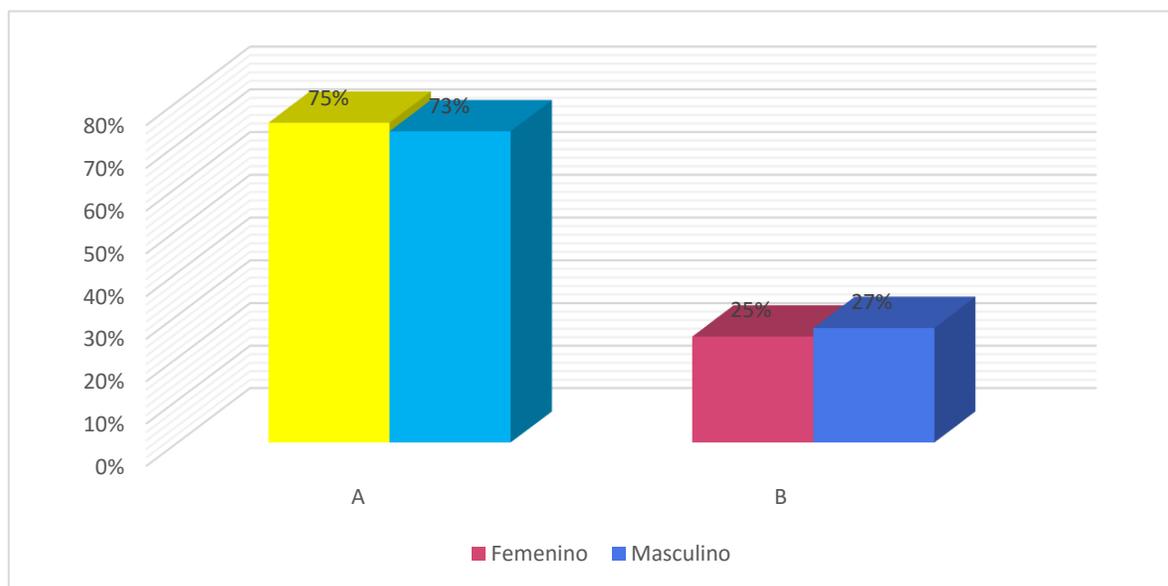
La opción correcta de esta pregunta es la opción a cómo podemos ver el 75% del sexo femenino contesto correctamente y 73% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 36).

Cuadro. No. 36 Frecuencia y porcentaje a la pregunta si al realizar la extracción de un órgano dentario a un paciente que padece purpura trombocitopenica se le colocaría algún agente hemostático, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	55	75
	b	18	25
Total		73	100
Masculino	a	36	73
	b	13	27
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 36. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género, si al realizar la extracción de un órgano dentario a un paciente que padece purpura trombocitopenica se le colocaría algún agente hemostático.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta tiempo de sangrado de una persona sana, del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (5) 7% contestaron la opción **a**; (24) 33% contestaron la opción **b**; (36) 49% contestaron la opción **c**; (8) 11% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (1) 2% contestaron la opción **a**; (14) 29% contestaron la opción **b**; (30) 61% contestaron la opción **c**; (4) 8% contestaron la opción **d**.

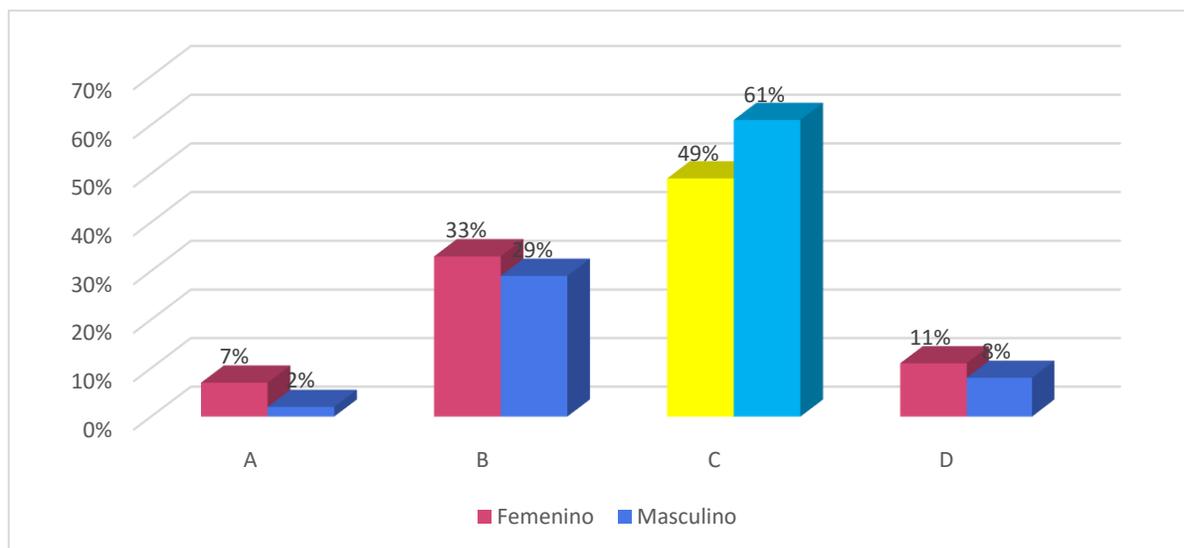
La opción correcta de esta pregunta es la opción **c** cómo podemos ver el 49% del sexo femenino contesto correctamente y 61% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 37).

Cuadro. No. 37 Frecuencia y porcentaje de tiempo de sangrado de una persona sana, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	5	7
	b	24	33
	c	36	49
	d	8	11
Total		73	100
Masculino	a	1	2
	b	14	29
	c	30	61
	d	4	8
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 37. Porcentaje por género de tiempo de sangrado de una persona sana.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta si el uso del hilo dental agresivo, palillos dentales, alimentos de consistencia dura, pueden provocar sangrados abundantes en pacientes que padecen Púrpura Trombocitopénica; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (61) 84% contestaron la opción **a**; (12) 16% contestaron la opción **b**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (35) 71% contestaron la opción **a**; (14) 29% contestaron la opción **b**.

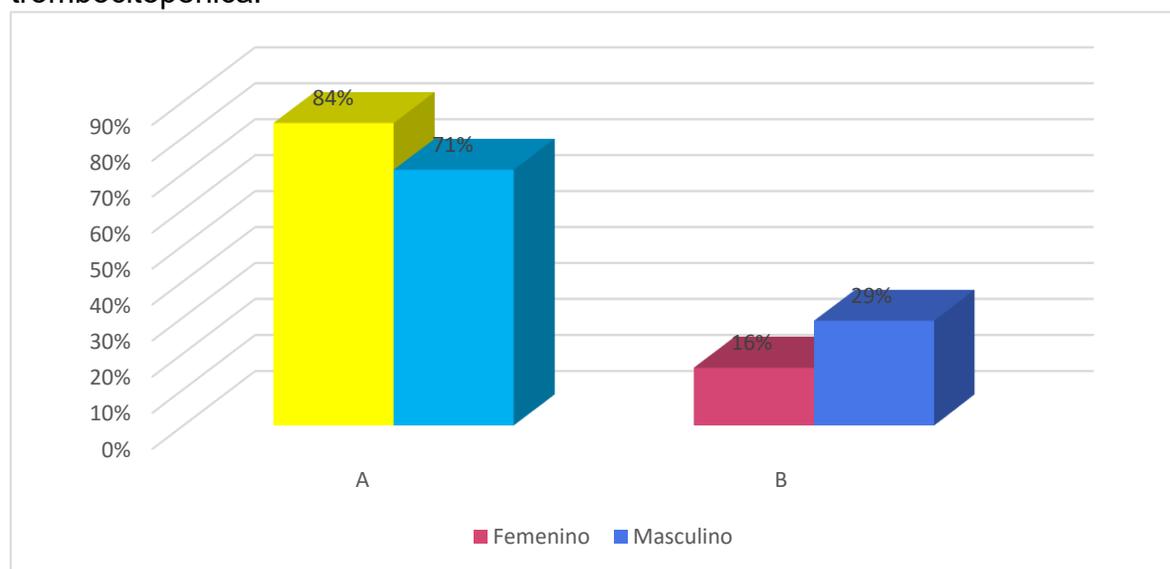
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 84% del sexo femenino contesto correctamente y 71% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 38).

Cuadro. No. 38 Frecuencia y porcentaje relativo a si el uso del hilo dental agresivo, palillos dentales, alimentos de consistencia dura, pueden provocar sangrados abundantes en personas que padecen purpura trombocitopenica, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	61	84
	b	12	16
Total		73	100
Masculino	a	35	71
	b	14	29
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 38. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género si el uso del hilo dental agresivo, palillos dentales, alimentos de consistencia dura, pueden provocar sangrados abundantes en personas que padecen purpura trombocitopenica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta si se puede realizar cualquier tipo de procedimiento odontológico en pacientes con púrpura Trombocitopenica que estén tomando corticoides; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (31) 42% contestaron la opción **a**; (42) 58% contestaron la opción **b**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (24) 49% contestaron la opción **a**; (25) 51% contestaron la opción **b**.

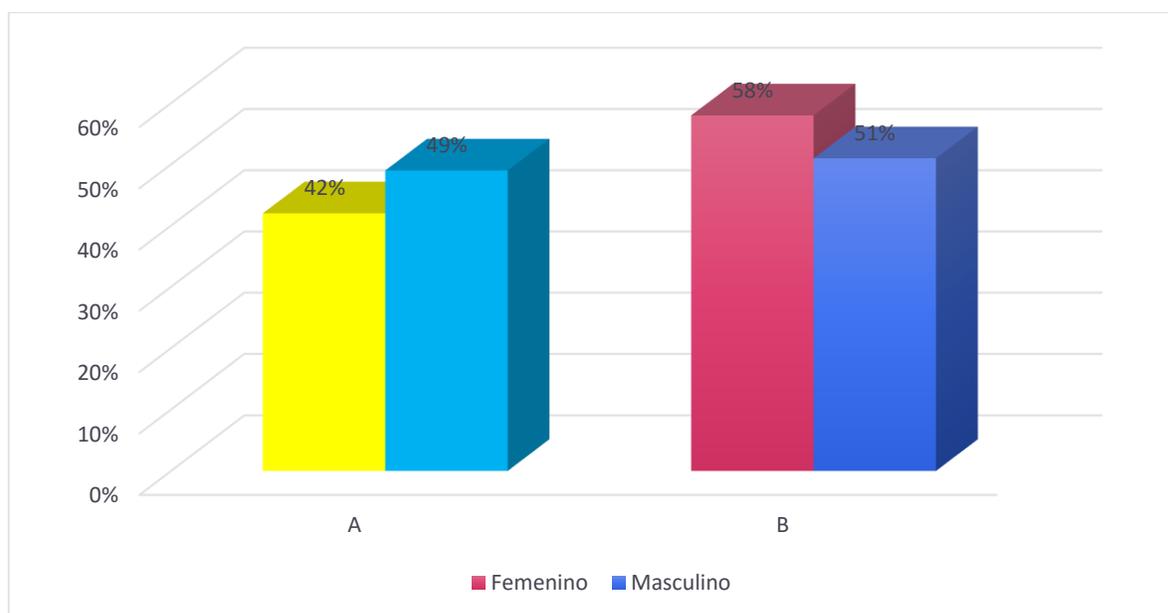
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 42% del sexo femenino contesto correctamente y 49% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 39).

Cuadro. No. 39 Frecuencia y porcentaje a la pregunta si pueden realizar cualquier tipo de procedimiento odontológico en pacientes con purpura trombocitopenica que estén tomando corticoides, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	31	42
	b	42	58
Total		73	100
Masculino	a	24	49
	b	25	51
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 19. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género si pueden realizar cualquier tipo de procedimiento odontológico en pacientes con purpura trombocitopenica que estén tomando corticoides.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta si después de una esplenectomía pueden presentarse con mucha facilidad cualquier tipo de infección; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (50) 68% contestaron la opción **a**; (23) 32% contestaron la opción **b**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (29) 59% contestaron la opción **a**; (20) 41% contestaron la opción **b**.

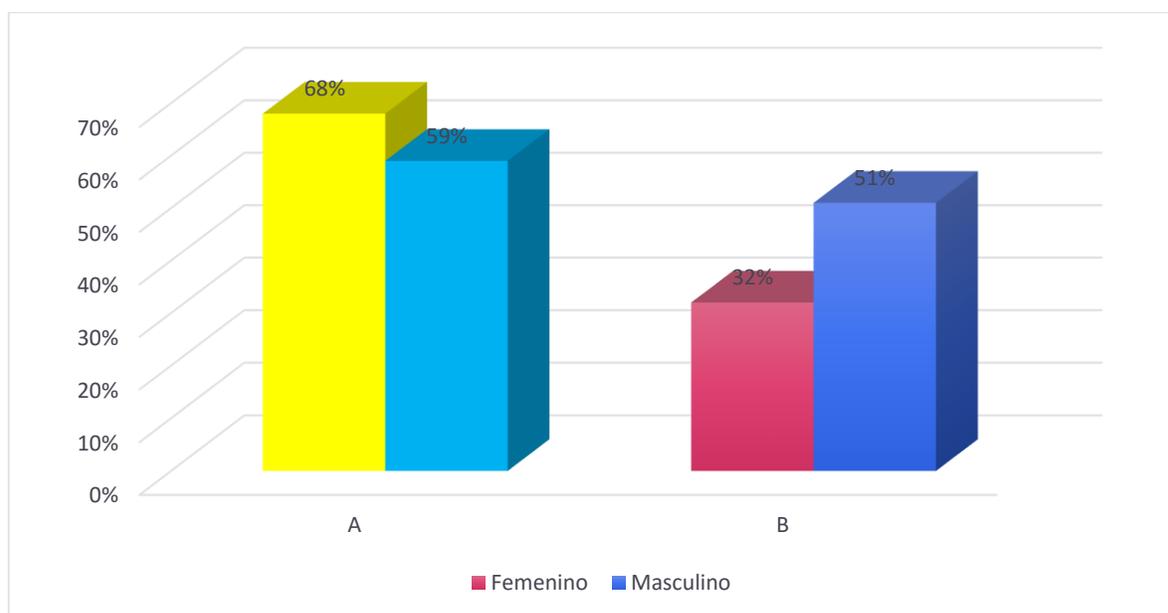
La opción correcta de esta pregunta es la opción **a** cómo podemos ver el 68% del sexo femenino contestó correctamente y 59% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 40).

Cuadro. No. 40 Frecuencia y porcentaje a la pregunta si después de una esplenectomía pueden presentarse con mucha facilidad cualquier tipo de infección bucal, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	50	68
	b	23	32
Total		73	100
Masculino	a	29	59
	b	20	41
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 40. Porcentaje de los alumnos que contestaron por género a la pregunta si después de una esplenectomía pueden presentarse con mucha facilidad cualquier tipo de infección bucal.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta si al realizar una cirugía el tipo de sutura que usarían; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (40) 55% contestaron la opción **a**; (23) 31% contestaron la opción **b**; (5) 7% contestaron la opción **c**; (5) 7% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (28) 57% contestaron la opción **a**; (14) 29% contestaron la opción **b**; (3) 6% contestaron la opción **c**; (4) 8% contestaron la opción **d**.

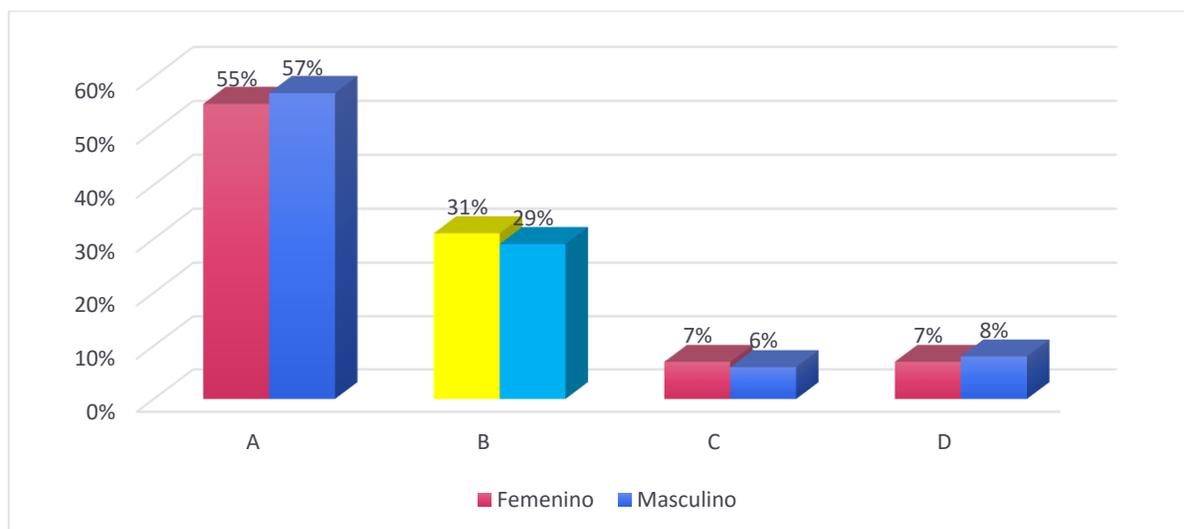
La opción correcta de esta pregunta es la opción **b** cómo podemos ver solo el 31% del sexo femenino contesto correctamente y 29% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 41).

Cuadro. No. 41. Frecuencia y porcentaje a la pregunta si al realizar una cirugía el tipo de sutura que usarían, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	40	55
	b	23	31
	c	5	7
	d	5	7
Total		73	100
Masculino	a	28	57
	b	14	29
	c	3	6
	d	4	8
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 41. Porcentaje por género, en respuesta a la pregunta el tipo de sutura que usarían en pacientes con purpura trombocitopenica.



*F.D.

El total de alumnos encuestados en la pregunta de cómo consideran su formación profesional para la atención de pacientes con Púrpura Trombocitopénica; del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (39) 54% contestaron la opción **a**; (20) 27% contestaron la opción **b**; (12) 16% contestaron la opción **c**; (2) 3% contestaron la opción **d**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (23) 47% contestaron la opción **a**; (11) 22% contestaron la opción **b**; (15) 31% contestaron la opción **c**; (0) 0% contestaron la opción **d**.

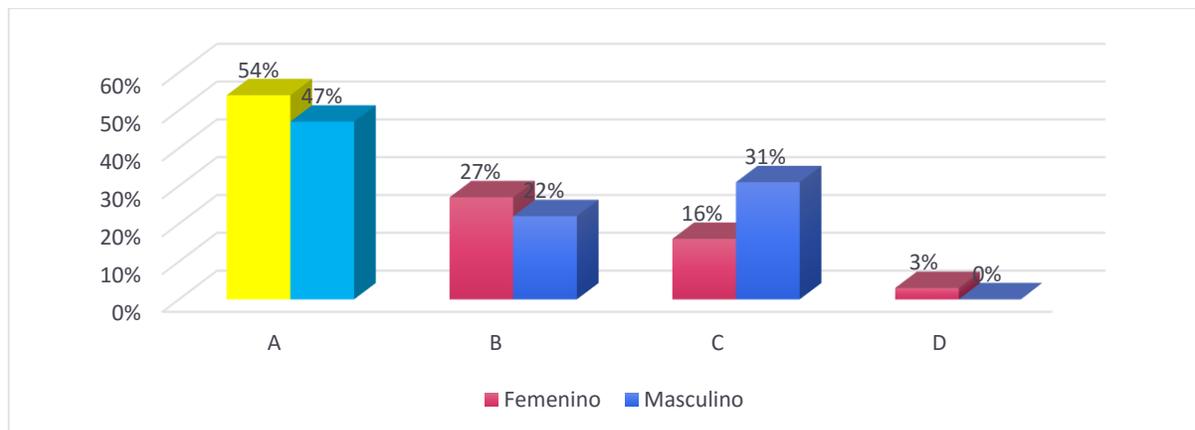
Por tanto el 54% del sexo femenino y el 47% del sexo masculino consideran su formación profesional como poca para la atención odontológica en pacientes con purpura trombocitopenica. (Ver cuadro y figura No. 42).

Cuadro. No. 42 Frecuencia y porcentaje de formación profesional para atención odontológica a pacientes con purpura trombocitopenica, por género.

Sexo	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	a	39	54
	b	20	27
	c	12	16
	d	2	3
Total		73	100
Masculino	a	23	47
	b	11	22
	c	15	31
	d	0	0
Total		49	100

*F.D.

Figura No. 42. Porcentaje por género en referencia a la pregunta de cómo consideran su formación profesional para atención odontológica a pacientes con purpura trombocitopenica



*F.D.

Calificaciones.

El total de los alumnos del sexo femenino fueron 73 que representan el 100%; de los cuales (1) 1% obtuvo una calificación de **10**; (4) 6% obtuvo una calificación de **9**; (8) 11% obtuvo una calificación de **8**; (16) 22% obtuvo una calificación de **7**; (30) 41% obtuvo una calificación de **6**; (14) 19% obtuvo una calificación de **-5**.

El total de los alumnos del sexo masculino fueron 49 que representan el 100%; de los cuales (0) 0% obtuvo una calificación de **10**; (5) 10% obtuvo una calificación de **9**; (4) 8% obtuvo una calificación de **8**; (17) 35% obtuvo una calificación de **7**; (14) 29% obtuvo una calificación de **6**; (9) 18% obtuvo una calificación de **-5**.

Cómo podemos observar en general el 41% del sexo femenino tienen **vago conocimiento sobre el tratamiento odontológico en pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática** y 35% del sexo masculino tienen **poco conocimiento sobre el tratamiento odontológico en pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática**. (Ver cuadro y figura No. 43).

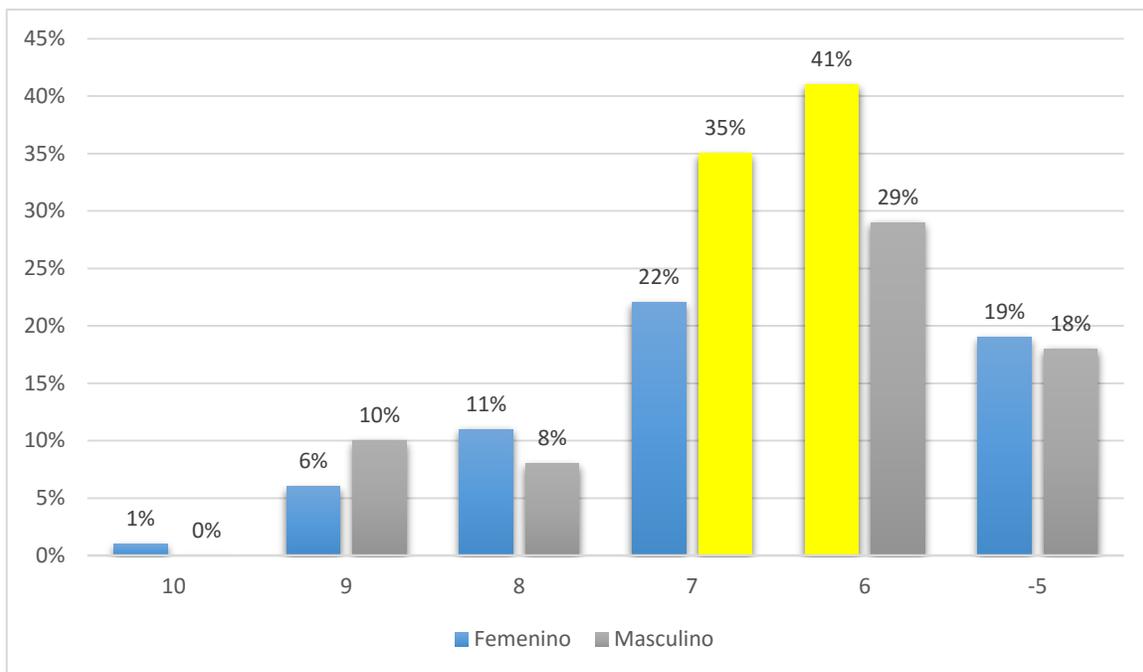
Cuadro No. 43. Frecuencia y porcentaje de calificaciones de los alumnos encuestados por sexo.

Sexo	Calificación	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	10	1	1
	9	4	6
	8	8	11
	7	16	22
	6	30	41
	-5	14	19
Total		73	100
Masculino	10	0	0
	9	5	10
	8	4	8
	7	17	35
	6	14	29
	-5	9	18
Total		49	100

*F.D

Nota: 10 actualizado, 9 conocimiento básico, 8 conocimiento regular, 7 poco conocimiento, 6 vago conocimiento, -5 ausencia de conocimiento.

Figura No. 43. Porcentaje en calificación de alumnos de 4to encuestados por sexo.



*F.D

El total de los alumnos del turno matutino fueron 63 que representan el 100%; de los cuales (1) 2% obtuvo una calificación de **10**; (7) 11% obtuvo una calificación de **9**; (7) 11% obtuvo una calificación de **8**; (19) 30% obtuvo una calificación de **7**; (20) 32% obtuvo una calificación de **6**; (9) 14% obtuvo una calificación de **-5**.

El total de los alumnos del turno vespertino fueron 59 que representan el 100%; de los cuales (0) 0% obtuvo una calificación de **10**; (2) 3% obtuvo una calificación de **9**; (5) 8% obtuvo una calificación de **8**; (14) 24% obtuvo una calificación de **7**; (24) 41% obtuvo una calificación de **6**; (14) 24% obtuvo una calificación de **-5**.

Como podemos observar en general el 32% del turno matutino tiene y 41% del turno vespertino tienen **vago conocimiento sobre el tratamiento odontológico en pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática**. (Ver cuadro y figura No. 44).

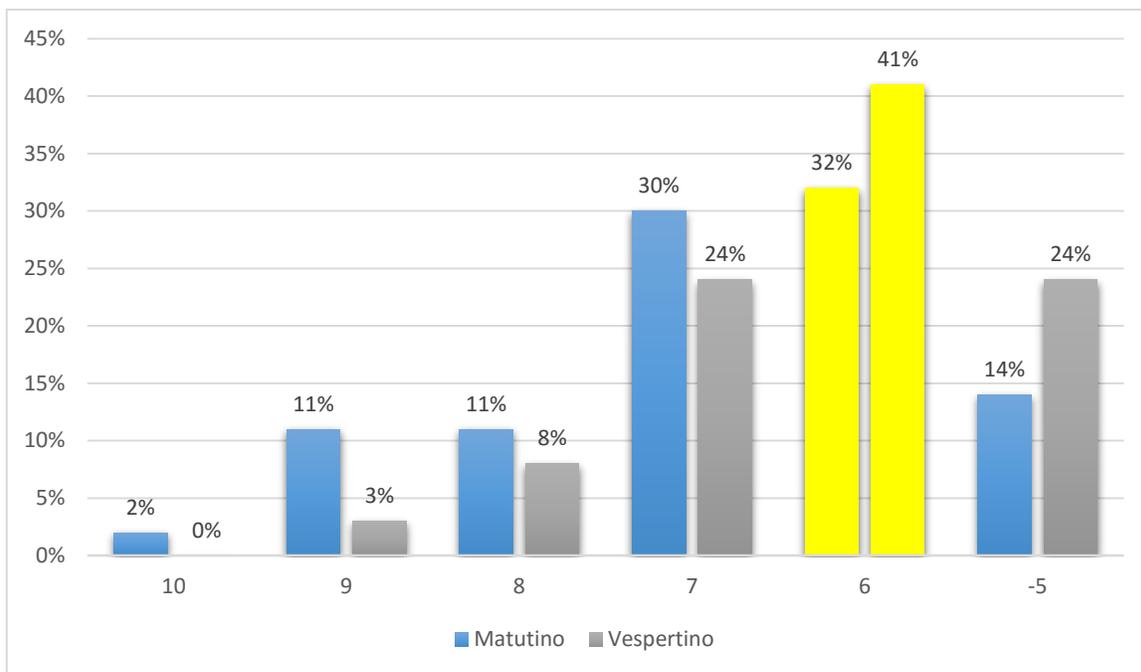
Cuadro No. 44. Frecuencia y porcentaje de calificaciones de los alumnos encuestados por turno.

Turno	Calificación	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	10	1	2
	9	7	11
	8	7	11
	7	19	30
	6	20	32
	-5	9	14
Total		63	100
Vespertino	10	0	0
	9	2	3
	8	5	8
	7	14	24
	6	24	41
	-5	14	24
Total		59	100

*F.D

Nota: 10 actualizado, 9 conocimiento básico, 8 conocimiento regular, 7 poco conocimiento, 6 vago conocimiento, -5 ausencia de conocimiento.

Figura No. 44. Porcentaje en calificación de alumnos de 4to encuestados por turno.



*F.D

X. DISCUSIÓN.

Islas y col, citan como signos y síntomas principales de la Púrpura Trombocitopénica Idiopática, hematomas, hemorragias, y en manifestaciones hematológicas, petequias común en paladar, hemorragia mucosa espontánea, equimosis, epistaxis; en este punto los alumnos de cuarto año de la carrera cirujano dentista de la FES Zaragoza el 86% del turno matutino; 88% del turno vespertino; 83% del sexo femenino; 94% del sexo masculino, conocen del tema.

Teja y col, mencionan las cifras necesarias de plaquetas para poder realizar tratamientos de urgencia o cirugía lo ideal 100,000 plaq/mm³; para esta pregunta los alumnos de cuarto año de la carrera cirujano dentista de la FES Zaragoza solo el 37% del turno matutino; 36% del turno vespertino; 30% del sexo femenino; 45% del sexo masculino conocen del tema.

También dichos autores mencionan que para operatoria dental que no involucren sangrados como son restauraciones de amalgamas y resinas, es necesario que el paciente cuente con un promedio mínimo de 50,000/mm³ plaquetas, en este punto los alumnos de cuarto año de la carrera cirujano dentista de la FES Zaragoza solo el 40% del turno matutino, 29% del turno vespertino; 30% del sexo femenino y 39% del sexo masculino; tienen el conocimiento.

Pérez F y col, señala evitar el uso de la sutura; y si fuese necesario realizarla se debe emplear sutura no reabsorbible para prevenir la respuesta inflamatoria, la cual tiene acción fibrinolítica, para esta pregunta los alumnos de cuarto año de la carrera cirujano dentista de la FES Zaragoza solo el 37% del turno matutino; 24% del turno vespertino; 31% del sexo femenino 29% del sexo masculino cuentan con el conocimiento.

Echenagusía G y col, menciona, que las personas con púrpura trombocitopénica idiopática deben evitar tomar aspirina y warfarina, ya que estos medicamentos interfieren con la función de las plaquetas y de la coagulación de la sangre, y puede haber sangrados o hemorragias, en este punto los alumnos de cuarto año de la carrera cirujano dentista de la FES Zaragoza solo el 44% del turno matutino; 37% del turno vespertino; 47% del sexo femenino; 33% del sexo masculino tienen el conocimiento.

Es importante como odontólogos identificar los trastornos plaquetarios en la práctica clínica, debido a cualquier manipulación en tejido oral pueden presentar hemorragias.

XI. CONCLUSIÓN.

- El turno matutino cuentan con vago conocimiento de Púrpura Trombocitopénica Idiopática lo que indica que requieren continuar fortaleciendo su formación académica.
- Los alumnos del turno vespertino encuestados cuentan con vago conocimiento respecto al tema.
- El sexo femenino cuentan con vago conocimiento respecto al tema.
- El sexo masculino cuentan con poco conocimiento para la atención estomatológica para este tipo de pacientes.
- Hay deficiente información de los alumnos respecto a esta alteración.
- Un número muy reducido de alumnos contestaron correctamente, que el promedio mínimo de plaquetas para atender a un paciente en procedimientos de restauraciones con amalgamas y resinas es de $50,000 \times 10^3$ plaquetas.
- Un número muy reducido de alumnos contestaron correctamente frente al punto mencionado del promedio mínimo para poder atender a un paciente quirúrgico y pulpar que es de $100,000 \times 10^3$.
- Considerando lo anterior, se muestran serias deficiencias en puntos importantes como son: el promedio de plaquetas mínimo para poder atender al paciente en operatoria dental y para procedimientos quirúrgicos y dentales.
- Se identifica la necesidad de prestar una mayor atención en este tipo de enfermedades, siendo importante su conocimiento para saber qué hacer en algún momento de emergencia como puede ser hemorragia que es el hacer comprensión con gasa para lograr hemostasia.
- Promover la importancia de la intervención del trabajo en equipo, de manera interdisciplinaria y multidisciplinaria como es el hematólogo.
- Es importante que el cirujano dentista identifique los signos y síntomas estomatológicos que presentan esta enfermedad como son petequias,

sangrado de la encía marginal, equimosis, hematomas submucosos para identificar si es que existe alguna alteración; de ser así es necesario revalorar el tratamiento dental para evitar complicaciones y remitirlo con el especialista hematólogo cuando este haya dado el diagnóstico de purpura trombocitopénica idiopática saber el número de plaquetas con las que podemos trabajar odontológicamente.

- Resulta trascendente sensibilizar y capacitar a los alumnos próximos a egresar en la valoración integral de todo paciente para iniciar su tratamiento odontológico, sin importar el porcentual de frecuencia en que se puedan presentar las diferentes enfermedades y alteraciones sistémicas, ya que nunca estaremos exentos que ese pequeño porcentaje de población solicite nuestra atención odontológica.
- Este estudio es muy importante ya que se cumplió con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento de los alumnos de cuarto año de la carrera Cirujano Dentista.

XII. PROPUESTAS.

- Desarrollar ampliamente el tema acerca del manejo odontológico de pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática, dentro del programa de estudio de la carrera Cirujano Dentista.
- Promover la atención de los pacientes en base a un protocolo de atención de pacientes con Púrpura Trombocitopénica idiopática, con el fin de proporcionar la atención odontológica adecuada de manera accesible.
- Hacer protocolo para la atención de estos pacientes.
- Se debe dar más información actualizada sobre las enfermedades hematológicas.
- Implementar talleres para el conocimiento de enfermedades hematológicas.
- Dar seminarios continuos sobre este tipo de enfermedades y su atención odontológica.
- Realizar evaluaciones más frecuentes en base a esta enfermedad y en ellos marcar lo que se vaya actualizando y así con ello poder brindar una mejor atención odontológica.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Islas GM, Teja AE, Bravo LA. Importancia de las enfermedades hematológicas en estomatología pediátrica Parte 1 de 3 alteraciones hematológicas secundarias a trastornos eritrocitarios. ADM. 2009; 65 (5): 44-47.
2. Andy CZ. Glóbulos Rojos. Hallado en www.anatolandia.com/2014/08/globulos-rojos.html. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
3. Reiriz PJ. Sistema inmune y la sangre. Inf Vir. 2015; 1-28.
4. Gartner PL, Hiatt LJ. Histología texto y atlas. México: S.A. de C.V; 1997. 200-208
5. Islas GM, Teja AE, Bravo LA. Importancia de las enfermedades hematológicas en estomatología pediátrica Parte 2 de 3 alteraciones hematológicas secundarias a trastornos leucocitarios. ADM. 2009; 65 (6): 12-15
6. Abreu LM. Fundamentos del Diagnostico Las bases fisiopatológicas para la interpretación de los fenómenos clínicos. 9ª. México: Méndez. S.A de C.V; 1998. Apéndice 1-13
7. Gutiérrez EG, Martínez MC, Oropeza MP, et al. Diagnóstico y tratamiento de purpura trombocitopenica inmunológica. GPC. 2009; 2-59
8. Ross P. Histología texto y atlas color con Biología celular y molecular. 5^{ta}. ed. China: Medica Panamericana; 2009. 284-288
9. Silvestre JF, Requeni J, Simón MJ. Materiales hemostáticos en cirugía oral; Denum. 2006; 6(1): 20-24
10. Parada EQ, Reolons MS, Kustner E C, López L J. Hemostasia y tratamiento odontológico. Av. Odontoestol 2004; 20-5: 247-261
11. Garcés VA, Cárdenas MM, Moreno M A. Manejo estomatológico de un paciente portador de trombocitopenia secundaria a mielodisplasia Reporte de un caso. Inv. 2010; 11 (3):134-140
12. Benito M, Moron A, Bernardoni C, Pereira S, Bracho M, Rivera N. Manejo odontológico de pacientes con enfermedades hemorrágicas y terapia anticoagulante. Rev Fac Odon. 2004; 42(2):1-7
13. Piqueras RA, Pérez M, García RP, Navarro F. Recuento de plaquetas y volumen plaquetario medio en una población sana. Rev Dia Bio. 2002, 51(2): 1-5
14. Crombet RO, Suarch GE. Alteraciones hematológicas en el síndrome de Down. Rev Cub Hem Inm Hem. 1998; 14(2): 80-86
15. William PL. Componentes de la sangre. Hallado en: www.colegiopglenndoman.edu.co/2009a%20biologia%20clase%207.htm. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
16. González X, Notario M. Alteraciones de la Hemostasia en las enfermedades virales. Scielo. 1999; 15(1): 1-4
17. Islas GM, Teja AE, Bravo LA. Importancia de las enfermedades hematológicas en estomatología pediátrica Parte 1 de 3 alteraciones

- hematológicas secundarias a trastornos plaquetarios. ADM. 2009; 65 (6): 42-47
18. Guyton H. Acontecimientos de la Hemostasia. Hallado en: camiloand1991.blogspot.mx/2012/10/acontecimientos-de-la-hemostasia.html. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
 19. Harrison TR. Principios de medicina Interna. 14ª ed. México: McGRAW; 2013: 385-391
 20. González GE, Esquivel DL. Tratamiento odontológico en niños con trastornos de la hemostasia Revisión de la literatura y recomendaciones para la clínica. Univ. Odontol. 2011; 30 (64): 19-29
 21. Guyton CA. Tratado de Fisiología Médica. 13ª. CDMX; 2016: 505-515
 22. Linares FS, Contreras MC, Fernández CI. Guía informativa para pacientes Hematológicos. Hos Uni Vit. 2007; 1-11
 23. Doktuz. Anemia. Hallado en: <https://dokuz.com/wikidoks/enfermedades-y-condiciones-anemia.html>. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
 24. Figueroa AA, Alegre AA, Aranzazu AA, Martínez CC. Hablemos de las enfermedades hematológicas Manual del paciente. ACV. 2005. 12-14
 25. Velastegui J. Anemia Ferropénica. Universidad central de ecuador facultad de medicina escuela de medicina hospital Enrique Garcés Jácome Velastegui Johana. Hallado en slideplayer.es/slide/5617412/. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
 26. Safrazian N, Castillo HC, Lara E. Guía para el seguimiento de pacientes con anemia ferropénica. Rev Hosp Jua Mex. 2007; 74 (3): 191-197.
 27. Calvimontes J, Maturano TM, Camaqui GA. Normas de Diagnóstico y tratamiento hematología. INASES. 2012; 16-20
 28. Ortega E. Anemia. Hallado en: es.slideshare.net/ktricerri/anemia-54985426. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
 29. Calvimontes G, Maturano TM, Camaqui GA. Normas de Diagnóstico y Tratamiento Anemia de enfermedad crónica. INASES. 2012; 22-25
 30. Guerra CC. Anemia por enfermedad crónica. Medichi. 1-9
 31. Krames. Temas de la salud. Anemia megaloblastica. Hallado en: <https://www.fairview.org/espanol/bibliotecadesalud/articulo740322>. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
 32. Reinoso PF, Rivas PI, Paz AR, Hernández NF. Diagnóstico y tratamiento de las anemias megaloblasticas. Medicine. 2008; 10 (20): 1326-1333
 33. Calvimontes J, Maturano TM, Camaqui GA. Normas de diagnóstico y tratamiento Anemia megaloblastica INASES. 2012; 26-30
 34. Calvimontes J, Maturano TM, Camaqui GA. Normas de diagnóstico y tratamiento Anemia aplasica INASES. 2012; 32-38
 35. Krames. Temas de la salud. Anemia Aplasica. Hallado en: <https://www.fairview.org/espanol/bibliotecadesalud/articulo40318>. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
 36. Figueroa AA, Alegre AA, Aranzazu AA, Martínez CC. Hablemos de las enfermedades hematológicas Manual del paciente. ACV. 2005. 15-18

37. Gazel BJ. Manera Odontológica del paciente con Enfermedades Sistémicas. Hallado en: www.clinicadentalgazel.com/articulos/manejo-odontologico-delpaciente-cpn-enfermedades-sistemicas/. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
38. Figueroa AA, Alegre AA, Aranzazu AA, Martínez CC. Hablemos de las enfermedades hematológicas Manual del paciente. ACV. 2005. 19-26
39. Santos OJ, Ventiades J, Fontana LN, Miranda FC. Conducta odontológica en pacientes pediátricos portadores de leucemia. Rev Cub Est. 2007; 44 (4): 1-7
40. Martín E. Leucemia. Hallado en: www.webconsultas.com/leucemia/tipos-de-leucemia-2535. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
41. Harrison TR. Principios de medicina Interna. 14ª ed. México: McGRAW; 2013: 781-789
42. Islas GM, Teja AE, Bravo LA. Importancia de las enfermedades hematológicas en estomatología pediátrica Parte 2 de 3 alteraciones hematológicas secundarias a trastornos leucocitarios. ADM. 2009; 65 (6): 13-15
43. Krames. Temas de Salud. Neutropenia. Hallado en <https://www.fairview.org/espanol/bibliotecadelasalud/articulo/40931>. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
44. Echenagusía LG, López RV, Triana EM. Púrpura Trombocitopénica Idiopática y sangramiento gingival. Presentación de un caso. Gac Med Esp. 2008; 10 (2): 1-7
45. Erik. Purpura trombocitopenica idiopática (PTI). Hallado en: www.revistabuenasalud.es/purpura-trombocitopenica-idiopatica-trombotica. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
46. Escudero CN, Perea GM, Bascones IJ, Bascones MA. Alteraciones hematológicas en el paciente periodontal. Alteraciones de la hemostasia. Av Periodon Implantol. 2011; 23 (1): 21-28
47. Díaz GL, Castellanos SJ, Gay ZO. Series en medicina bucal 9 Pruebas de laboratorio en trastornos de la hemostasia. ADM. 2004; 61 (4): 155-158
48. Israels S, Schwetz N, Boyar R, Mc Nicol A. Bleeding Disorders: Characterization, Dental Considerations and Management. J Can Dent Assoc. 2006; 72(9): 827
49. Meillon GL, García CJ, Gómez AD, Guillermo R, Gutiérrez E, Martínez MC. Trombocitopenia inmune primaria (TIP) del adulto en México características nacionales y su relación con la literatura. Gac Med Mex. 2014; 150: 279-288
50. Campuzano MG. Evaluación del paciente con trombocitopenia. Med Lab. 2007; 13 (9-10).411-435
51. Aerts E, Derbyshire L, Dooley F, Kelly M. Trombocitopenia inmune una guía para enfermeras y otros profesionales de la Salud. EBMT. 2011; 3-34
52. Carambula P. Purpura trombocitopénica trombotica. Hallado en: www.sanar.org/trastornos/purpura-trombocitopénica-trombotica. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016.

53. Arbesu G, Aversa L, Cerrato G, Donato H, Fassi D, et al. Púrpura Trombocitopénica inmune (PTI). *Gui Dia Ter.* 2010: 1-17
54. Donato H, Fassi D, Rapetti M. Trombocitopenia Inmune. *Soc Arg Hem.* 2012; 449-463
55. Purpura trombocitopenica idiopática (PTI). Hallado en: www.revistabuenasalud.es/purpura-trombocitopenica-idiopatica-trombotica. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
56. Romero G A. Púrpura Trombocitopenica. Hallado en: [es slidehare.net/alexanderromero167189/purpuratrombocitopenica-48855999](http://es.slidehare.net/alexanderromero167189/purpuratrombocitopenica-48855999). Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016.
57. Ruilowa C. Esplecnectomia. Hallado en: drcarlosruilowac.com/esplectomia/. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
58. Donato H. Púrpura trombocitopenica Inmunitaria. Guía de diagnostica y tratamiento. *Arch Argent Pediatr.* 2010; 108 (2): 173-178
59. Islas GM, Teja AE, Hinojosa AA. Manejo estomatológico del paciente con purpura trombocitopenica idiopática (PTI). Reporte de un caso. *Rev Odo Mex.* 2012; 16(1): 53-57
60. García PT, Santander VC, Rodríguez EN. Atención estomatológica integral a pacientes hematológicos. *Cie Cli Pat.* 2009: 1-9
61. Benito M, Benito M, Moron A, Bernardoni C, Pereiras. Manejo Odontologico de pacientes con enfermedades hemorrágicas y terapia anticoagulante. *Act Odo Ven.* 2004; 42(2): 1-7
62. Romero GA. Púrpura Trombocitopenica. Hallado en: [es slidehare.net/alexanderromero167189/purpuratrombocitopenica-48855999](http://es.slidehare.net/alexanderromero167189/purpuratrombocitopenica-48855999). Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
63. Segarra CM, Bov LJ. conceptos, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. 2005; 1 (5): 175-179
64. Ospina BE, Sandoval JJ, Aristizabal CA, Ramírez MC. la escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. *Invest Educ Enferm.* 2005; 23(1): 14-29
65. Osorio RR. El cuestionario. Hallado en: <http://www.nodo50.org/sindpitagoras/Likert.htm>. Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2016
66. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Hallado en: www.diputados.gdo.mx/LeyesBiblio//regley/Reg_LGS_MPSAM.pdf. Fecha de acceso: 24 de noviembre del 2016
67. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para la investigación médicos en seres humanos. Hallado en: www.wma.net/es/30publications/10polices/b3/. Fecha de acceso: 24 de noviembre del 2016

XIV. ANEXO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN. ESCALA DE CONOCIMIENTO CUESTIONARIO PARA TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DE 4TO AÑO DE LA CARRERA CIRUJANO DENTISTA DE LA FES ZARAGOZA SOBRE MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON PURPURA TROMBOCITOPENICA

Turno: _____

Sexo: M () F ()

Por favor considera que el siguiente cuestionario solo pretende explorar el nivel de conocimientos, es anónimo y los resultados serán usados con fines estadísticos para esta tesis

Instrucciones: Por favor lee con atención cada una de las siguientes preguntas y elegí la opción correcta, con pluma de tinta negra marcando con una (X).

1. ¿El concepto de trombocitopenia se relaciona con la deficiencia de...?
 - a. () Plaquetas
 - b. () Glóbulos rojos
 - c. () Glóbulos blancos
 - d. () Hemoglobina

2. Valores normales de las plaquetas en pacientes sanos
 - a. () $10\ 000 \times 10^3$, $60\ 000 \times 10^3$,
 - b. () $70\ 000 \times 10^3$, $130\ 000 \times 10^3$
 - c. () $150\ 000 \times 10^3$, $450\ 000 \times 10^3$
 - d. () $850\ 000 \times 10^3$, $900\ 000 \times 10^3$

3. ¿Cuál es la vida media normal de las plaquetas en pacientes sanos?
 - a. () 3 a 5 días
 - b. () 7 a 10 días
 - c. () 15 a 20 días
 - d. () 21 a 30 días

4. ¿Qué manifestaciones clínicas presentan los pacientes con púrpura trombocitopénica?
 - a. () Hematomas, hemorragias, petequias.
 - b. () Temperatura mayor a 37.5, dolor en articulaciones, cefalea
 - c. () Migraña, poliuria, presión arterial alta.
 - d. () Poliuria, polidipsia, presión baja

5. ¿Qué manifestaciones bucales presentan estos pacientes?
- a. Xerostomía, lengua agrietada, moretones
 - b. Lengua lisa, caries, periodontitis
 - c. Hemorragias mucosa espontanea, Petequias común en paladar
 - d. Aftas, petequias, gingivitis
6. ¿Promedio de plaquetas mínimo, para poder atender a un paciente odontológicamente para procedimientos en restauraciones con amalgama y resina?
- a. $3\ 000 \times 10^3$
 - b. $10\ 000 \times 10^3$,
 - c. $50\ 000 \times 10^3$
 - d. $100\ 000 \times 10^3$
7. ¿Promedio de plaquetas mínimo, para poder atender a un paciente odontológicamente para procedimientos quirúrgicos y pulpar?
- a. $3\ 000 \times 10^3$
 - b. $10\ 000 \times 10^3$,
 - c. $50\ 000 \times 10^3$
 - d. $100\ 000 \times 10^3$
8. ¿Cuál es la vida media de las plaquetas en las personas que padecen púrpura trombocitopénica?
- a. Horas
 - b. Días
 - c. Semanas
 - d. Meses
9. ¿Cuál es el analgésico indicado para pacientes con púrpura trombocitopénica?
- a. Ácido Acetilsalicílico
 - b. Cafiaspirina
 - c. Paracetamol
 - d. Naproxeno
10. ¿Con que especialista debe trabajar el cirujano dentista de manera interdisciplinaria para el trabajo odontológico de los pacientes con Púrpura trombocitopénica?
- a. Hematólogo
 - b. Urólogo
 - c. Neurólogo
 - d. Cardiólogo

11. ¿Qué tipo de anestesia utilizarías en pacientes con púrpura trombocitopénica?
- a. Anestesia con vasoconstrictor
 - b. Anestesia sin vasoconstrictor
 - c. Anestesia tópica
 - d. Anestesia general
12. ¿Una persona con Púrpura Trombocitopénica Idiopática puede verse aparentemente sana?
- a. si
 - b. no
13. ¿Cualquier tipo de infección puede descender las plaquetas?
- a. si
 - b. no
14. Si se realiza una extracción en un paciente con Púrpura Trombocitopénica Idiopática, ¿colocarías algún agente hemostático?
- a. si
 - b. no
15. El tiempo de sangrado de una persona sana es de...?
- a. 15 min
 - b. 8 min
 - c. 6 min
 - d. 10 min
16. El uso de hilo dental, cepillado dental agresivo, palillos dentales, alimentos de consistencia dura. ¿pueden provocar muy fácilmente en pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática, con índice plaquetario bajo, sangrados abundantes?
- a. si
 - b. no
17. ¿Se pueden realizar cualquier tipo de procedimiento odontológico en pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática que estén tomando corticoides?
- a. si
 - b. no

18. Después de una esplenectomía ¿puede presentarse con mucha facilidad cualquier tipo de infección bucal?
- a. si
 - b. no
19. En caso de una cirugía en pacientes con púrpura trombocitopénica ¿qué tipo de sutura usarías?
- a. sutura reabsorbible
 - b. sutura no reabsorbible
 - c. no es necesario suturar
 - d. Es indistinto
20. ¿Cómo consideras tu formación profesional para la atención de este tipo de pacientes?
- a. Poco
 - b. Regular
 - c. Básico
 - d. Excelente

Anexo. No. 1