

Programa de autorización dental para pacientes que tiene programado un trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT)

Estimado proveedor de atención dental:

Su paciente es candidato para un **trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT)**. Evalúe a su paciente y complete cualquier trabajo dental necesario. Después, complete y envíe el formulario de autorización dental para que su paciente esté autorizado desde el punto de vista de la salud bucal para recibir un HSCT. Gracias por su contribución a este importante programa de autorización.

ASEGÚRESE DE ENVIAR LO SIGUIENTE:

- Formulario de autorización dental (consulte la última página de este documento)
- Radiografías dentales (instrucciones abajo)

CÓMO ENVIAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DENTAL Y LAS RADIOGRAFÍAS

- Envíe por email su formulario completo y radiografías (si se toman como digitales) a:
bwhoralmedicine@partners.org
- Encripte el email y use el siguiente formato para el encabezado del asunto:
 - el nombre del servicio (HSCT), el apellido del paciente (Smith), la inicial del primer nombre del paciente (J) y la fecha de nacimiento (1.1.1955), p. ej., **HSCT, Smith, J 1.1.1955**
- Envíe por fax su formulario completo al 617-264-6312

Comuníquese con el equipo de medicina oral en bwhoralmedicine@partners.org o al **617-732-6974** si tiene alguna pregunta sobre el proceso de autorización dental. Para todas las demás preguntas, comuníquese con el equipo de oncología.

Gracias,

Proveedores de la División de Medicina Oral y Odontología
Brigham and Women's Hospital, 75 Francis St., Boston, MA
bwhoralmedicine@partners.org
617-732-6974

INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN DENTAL DE PACIENTES QUE TIENEN PREVISTO UN TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS

Su paciente se presenta para una evaluación dental en preparación para el trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT). Una buena salud oral puede reducir las complicaciones durante y después del HSCT.

Durante la hospitalización para el HSCT, el recuento de neutrófilos de su paciente disminuirá, lo que lo pone en riesgo de sufrir una infección/septicemia potencialmente mortal. Por lo tanto, la eliminación de todas las posibles fuentes de infección oral es un paso importante en la preparación de los pacientes para el HSCT y nos gustaría contar con su ayuda para lograrlo.

Dé prioridad a su paciente para una cita para agilizar la atención dental. En algunos casos, es posible que solo tengamos una o dos semanas para completar su evaluación y tratamiento.

Debe proceder con una evaluación completa y, si corresponde, radiografías, incluso si los recuentos son bajos. Si el recuento de plaquetas es inferior a 50,000 o si el recuento absoluto de neutrófilos (ANC) es inferior a 1000, consulte con el oncólogo de su paciente o con nuestro equipo de medicina oral antes de comenzar cualquier tratamiento dental invasivo. Su paciente debería poder decirle la cantidad que tenga.

PROCEDIMIENTOS

- 1) Haga una evaluación dental completa, incluyendo las radiografías que considere necesarias.
- 2) Se sugiere tomar radiografías de los dientes con cualquier tratamiento dental previo como restauraciones, coronas y terapias de endodoncia, incluso si los dientes están asintomáticos.
- 3) Complete el tratamiento dental necesario.
- 4) Envíe su Formulario de autorización dental completo al equipo de Medicina oral y odontología.

DIRECTRICES DE RESTAURACIÓN/PROTODONCIA

- Considere eliminar todas las lesiones cariosas que se extiendan más allá de la unión amelodentinaria y restaure con materiales temporales sólidos o definitivos. Si no hay tiempo, la restauración definitiva puede posponerse hasta después del HSCT.
- Si la carie se extiende a la pulpa, considere la terapia de endodoncia o la extracción.
- Quite los bordes afilados de restauraciones/prótesis defectuosas o dientes agrietados/astillados.
- Prótesis dental (fija o removible): Asegúrese de que no haya ningún borde afilado o superficie áspera que pueda lesionar los tejidos blandos circundantes.
- El tratamiento de protodoncia definitivo se puede posponer hasta después del HSCT (p. ej., colocación de coronas para dientes tratados con endodoncia).

DIRECTRICES PERIODONTALES

- Haga una profilaxis dental o raspado profundo y alisado radicular si su paciente no tuvo uno dentro de los 3 a 6 meses.
- Considere extraer dientes que muestren periodontitis severa (avanzada) con movilidad de 2+ a 3+.

DIRECTRICES DE ENDODONCIA

- Todos los dientes que se sabe que recibieron recubrimientos pulpares directos/indirectos o con restauraciones grandes deben reevaluarse para determinar su vitalidad y tratarse según sea necesario.
- Los dientes que sean *sintomáticos* después de la terapia de endodoncia o con trayectos sinusales necesitan una reevaluación y tratamiento cuidadosos según sea necesario.
- Los dientes tratados con endodoncia con radiotransparencia periapical persistente pero estable <5 mm que sean asintomáticos generalmente no se vuelven sintomáticos durante el HSCT y, por lo tanto, es posible que no necesiten tratamiento antes del HSCT.

DIRECTRICES DE CIRUGÍA ORAL

- Considere extraer todos los dientes con
 - deterioro grave que no sean restaurables
 - enfermedad periodontal grave con movilidad 2+ a 3+, o
 - abscesos dentales no planificados para la terapia de endodoncia
- La alveoloplastia adecuada y el cierre primario pueden prevenir complicaciones durante el HSCT.
- Se pueden considerar enjuagues con clorhexidina y antibióticos profilácticos durante una semana después de las extracciones.
- Permita un tiempo de curación adecuado (por lo general, al menos 7 días) antes de la admisión para el HSCT.
- Considere extraer los terceros molares que estén parcialmente erupcionados y que hayan sido sintomáticos en el pasado. Sin embargo, es poco probable que los terceros molares asintomáticos totalmente impactados (tejido blando o hueso) necesiten extracción antes del HSCT.

DIRECTRICES DE ORTODONCIA

- Considere la posibilidad de quitar los dispositivos de ortodoncia (p. ej., brackets, retenedores, etc.) ya que pueden ser fuentes de traumatismos en los tejidos blandos durante el HSCT.

Ayude a acelerar el tratamiento dental de su paciente ya que cualquier retraso puede causar un aplazamiento de su trasplante. Si no puede o no quiere hacer esta evaluación, envíe la carta de abajo de inmediato a:

The Division of Oral Medicine and Dentistry at Brigham and Women's Hospital
Email: bwhoralmedicine@partners.org
Fax 617-264-6312

Gracias por su ayuda en la preparación de su paciente para la terapia contra el cáncer. Queremos agradecerle de antemano su importante contribución a la salud y seguridad de su paciente.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DENTAL

Complete este formulario y envíelo al equipo de Medicina Oral y Odontología

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA) _____

Nombre del dentista _____

Dirección del dentista _____

Email/número de teléfono del dentista _____

Fecha del último raspado/alisado radicular o profilaxis _____

Tratamientos dentales prestados para la autorización			Número de dientes
Sí	No	Terapia restaurativa	_____
Sí	No	Terapia quirúrgica/Extracciones	_____
Sí	No	Terapia de endodoncia	_____
Sí	No	Otros (Explique)	_____

Otros comentarios: _____

Verifique y firme si la autorización dental está completa

Firma del dentista/fecha

Verifique y explique si NO PUEDE dar la autorización dental y envíela por email o fax lo antes posible.

Explicación: _____