

Indicadores assistenciais na Odontologia Hospitalar

João Carlos Monteiro dos SANTOS JÚNIOR¹, Claudia Cristiane Baiseredo de CARVALHO²

Resumo

A odontologia atual encontra-se em contínuo avanço, e analisando as necessidades, a Odontologia Hospitalar visa à atenção mais ampla ao paciente internado. Uma prática que apesar de não ser recente, é ainda pouco conhecida e exercida no Brasil, a Odontologia Hospitalar abrange ações que vai além das proporções imaginadas pela população e até mesmo por outros profissionais da saúde. Hospitais brasileiros realizaram estudos que demonstraram a redução de até 5 dias de internação dos pacientes após a inclusão do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional quando os mesmos são submetidos a transplante de medula óssea. Reduziu em 50% a necessidade de morfina para controle da dor, e apresentou duas vezes menos a necessidade de alimentação parenteral. Além disso, diminui o risco de mucosite oral em até 13 vezes, que é uma complicação frequentemente observada em pacientes oncológicos. Existe uma grande necessidade da implementação da Odontologia hospitalar em todas unidades de tratamento intensivo devido aos seus diversos benefícios.

O correto e cuidadoso planejamento associado ao conhecimento na Odontologia Hospitalar é imprescindível para o sucesso do tratamento dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva

Palavras-chave: Odontologia Hospitalar. Indicadores. PAV.

Graduando em odontologia no Centro Universitário do Planalto Central
Aparecido dos Santos – UNICEPLAC.

Como citar este artigo: João Carlos Monteiro dos SANTOS JÚNIOR,
Claudia Cristiane Baiseredo de CARVALHO. Indicadores assistenciais na
Odontologia Hospitalar.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de
propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos
produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: João Carlos Monteiro dos Santos Junior
Endereço: SHTN Trecho 2 Lote 3 Bloco M Apartamento 316 Life Resort.
Asa Norte. Brasília – DF.
Telefone: (61) 992457675
E-mail: jcmonteiro@gmail.com

Categoria: Revisão de Literatura
Área: Odontologia Hospitalar

Introdução

Segundo o Manual de Odontologia Hospitalar, publicado pela Secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo, define: “Odontologia Hospitalar como um conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, realizadas em ambiente hospitalar que funcionam em conjunto com uma equipe multidisciplinar.”¹

A presença do cirurgião-dentista no contexto hospitalar colabora com diagnósticos médicos, além de atuar em terapias conjuntas

com diversas áreas no controle evolutivo de doenças. Muitos dos pacientes internados apresentam quadros como hipossalivação associada a medicamentos, desconforto na mastigação e deglutição devido a tratamentos antineoplásicos, presença de lesões bucais ocasionadas por doenças sistêmicas, dificuldades de higiene bucal durante o período de internação, por exemplo, fato que justifica tal atuação profissional.²

O reconhecimento da área é de extrema importância para a prática profissional, visto que amplia o leque de opções dentro do mercado de trabalho nacional, assim como regulamenta a atuação profissional no âmbito hospitalar.²⁸

Sendo assim a necessidade de um odontólogo no ambiente hospitalar abre um novo ramo de atuação e um novo mercado de trabalho para os cirurgiões dentistas.

Em conjunto com essa afirmação, vamos de encontro com os problemas enfrentados no ambiente hospitalar pelos cirurgiões-dentistas já atuantes, estudos recentes, mostram que há baixa demanda, pois não há uma correta integração da Odontologia com as diversas especialidades médicas presentes no

hospital.^{3,5}

Objetivo deste trabalho é analisar a importância da atividade de odontólogos no ambiente hospitalar, relacionando a saúde bucal com a saúde geral do paciente, fazendo análise de indicadores, avaliando a redução do tempo de internação do paciente nas unidades de terapia intensiva e redução da antibioticoterapia por meio de uma revisão na literatura, abordando os estudos mais recentes.

Revisão de literatura

Nos últimos anos diversos estudos correlacionaram as doenças bucais como causadoras e/ou agravadoras das doenças sistêmicas, e correlaciona o AVC isquêmico com a doença periodontal associando a doença periodontal ao desenvolvimento de lesões carotídeas ateroscleróticas precoce. Mostrou também, que as contribuições da doença periodontal aumentam os índices de mortalidade dos pacientes com diabetes tipo 2.^{6,7,8}

Dentre as doenças sistêmicas, as que acumulam mais evidências científicas da sua relação com as periodontais, são as doenças respiratórias. Vários estudos indicam que as periodontopatias podem influenciar o curso das infecções respiratórias destacando-se as pneumonias.³²

O estabelecimento da pneumonia nosocomial ocorre com a invasão bacteriana, especialmente bastonetes Gram-negativos (*Acinetobacter* spp., *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter* spp. e *Proteus mirabilis*^{33,34}, no trato respiratório inferior por meio da aspiração de secreção presente na orofaringe, por inalação de aerossóis contaminados ou, menos frequentemente, por disseminação hematogênica originada de um foco à distância.^{35,36}

Em um estudo avaliativo em UTI's Brasileiras chegaram à conclusão de que 16% dos pacientes avaliados apresentaram sepse em algum momento da internação e que seus índices de mortalidade variavam entre 16% e 65%. Outro dado importante encontrado neste estudo foi o relato de que a fonte principal de infecção eram os pulmões e que entre as culturas houve um predomínio de

bactérias gram-negativas.⁹

Segundo o Instituto Latino Americano, 30% dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva no Brasil são ocupados por pacientes com sepse grave, onde encontramos uma taxa de mortalidade neste grupo atingindo até 55%, muito acima da média mundial que é 40%.¹⁰

Em um estudo sobre a prevalência de infecções em UTI's avaliaram 1.235 brasileiros em 90 unidades de terapia intensiva no Brasil e dentre eles 61,6% apresentavam infecção no dia do estudo, sendo em 71,2% o pulmão o principal sítio de infecção. Destes pacientes metade apresentavam cultura positiva com predomínio de bactérias Gram-negativas (72%).¹¹

No que se trata da saúde bucal do indivíduo sabe-se que periodontite é uma patologia infecciosa que envolve um grande número de bactérias gram-negativas e que o paciente internado nas unidades de terapia intensiva encontra-se imunossuprimido e incapaz de realizar seus cuidados de higiene bucal o que o torna cada vez mais susceptível a periodontite. Sabe-se também que quanto maiores os níveis de inflamação gengival maior é a permeabilidade do epitélio juncional aumentando a penetração de endotoxinas bacterianas. Portanto faz-se necessária a avaliação de um cirurgião-dentista que será responsável por diagnosticar e tratar estes focos de infecção, junto a uma equipe multidisciplinar incluindo técnicos de enfermagem que são responsáveis pela manutenção da higiene bucal e conforto do paciente.⁹

Apesar de todos relatos benéficos citados recentemente, a presença dos dentistas nos hospitais ainda não é totalmente aceita, estudos mostram que as equipes médicas ainda não preconizam os serviços assistenciais odontológicos, a realidade da atuação hospitalar é muito diferente, e afirmam que na realidade os outros profissionais de saúde não sabem o porquê da necessidade de cirurgião no ambiente hospitalar, por isso o cirurgião-dentista deve estar preparado para atuar em uma equipe multidisciplinar colaborando para a redução dos riscos de infecções hospitalares advindas

do sistema estomatognático e melhora da qualidade de vida do paciente.¹³

O paciente internado necessita de uma regular avaliação da saúde bucal, estas avaliações influenciarão diretamente em sua saúde sistêmica, com a falta de controle da higiene oral há um aumento na complexidade da microbiota oral que ocasionam maior risco de complicações locais e sistêmicas, além de diversas condições sistêmicas se manifestarem na cavidade oral, portanto o cirurgião-dentista também se mostra de suma relevância no diagnóstico de condições sistêmicas do paciente.¹⁴

A pneumonia nosocomial é uma infecção do trato respiratório inferior adquirida após 48 horas de internamento hospitalar, considerada a segunda maior causa de infecção e de alto índice de mortalidade. Outras causas de infecção hospitalar incluem as infecções cirúrgicas, sepse e infecção urinária.¹⁷

A Pneumonia Nosocomial estabelece-se através da aspiração de patógenos da microbiota oral ou como consequência da doença periodontal através da distribuição hematológica desses patógenos.¹⁵

As pneumonias nosocomiais aumentam o tempo de internação em cerca de 5 a 12 dias, além de elevar os custos hospitalares e desencadear comorbidades para o paciente.^{17,18,20,23}

Estudos evidenciam a que um eficiente controle da higiene oral na UTI reduz expressivamente as taxas de PAVM.¹⁶

Os fatores de risco para o desenvolvimento da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) podem ser classificados em: a) modificáveis - tempo de duração da Ventilação Mecânica (VM), reintubação, traqueostomia, uso de sonda nasogástrica ou nasoenteral, uso de dieta enteral, aspiração de conteúdo gástrico, uso de antiácidos, agentes paralisantes, uso prévio de antimicrobianos, transporte para fora da UTI e a permanência em posição supina e b) não modificáveis - incluem a idade, escore de gravidade de admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e presença de comorbidades (insuficiência cardíaca, doença pulmonar

obstrutiva crônica, diabetes, doenças neurológicas, neoplasias, traumas e pós-operatório de cirurgias.^{14,18,23}

A incidência de PAV em crianças, estimada pelo estudo nacional de vigilância de infecção nosocomial americano (NNIS), é de 20%, enquanto no adulto, é de 10%.^{19,20,21,22}

A prática da higiene bucal em pacientes hospitalizados vem sendo discutida no meio científico com o objetivo de promover padronização entre as equipes, pois este procedimento de baixo custo tem potencial de prevenir doenças, diminuindo, assim, custos e tempo de hospitalização, disponibilizando mais rapidamente os leitos a outros necessitados.¹⁶

Vários estudos afirmam que alguns episódios sépticos em pacientes neutropênicos estão relacionados com a microbiota da cavidade bucal e que a intervenção odontológica precoce diminui a frequência e a severidade das complicações bucais decorrentes da terapia antineoplásica.³⁷

A aplicação da quimioterapia e a da radioterapia têm sido muito efetivas, porém estão associadas a efeitos colaterais significantes, incluindo toxicidade aos tecidos hematopoéticos e não-hematopoéticos. Entre os efeitos colaterais na cavidade bucal clinicamente importantes, encontra-se a interrupção da função e da integridade dos tecidos bucais, resultando mucosite, gengivite, candidíase, xerostomia, trismo, cárie, osteorradionecrose, celulite e erupções na mucosa. Assim sendo, o tratamento antineoplásico associado às complicações bucais pode produzir desconforto e dor severa no local, nutrição deficiente, atrasos na administração ou limitações de dosagens nos tratamentos antineoplásicos, aumento no tempo de hospitalização e dos custos e, em alguns pacientes, septicemia com ameaça de vida.³⁸

Discussão

Durante a pesquisa foi avaliado diversas vantagens da atuação do cirurgião dentista no ambiente hospitalar, no atendimento de pacientes auxiliando e dando suporte aos tratamentos odontológicos e a promoção da saúde bucal que auxiliam na recuperação do paciente hospitalizado, além

de ter a ação de prevenção de possíveis complicações futuras. A presença do odontólogo nas unidades de terapia intensiva diminui a incidência de infecções respiratórias, diminuindo em conjunto a necessidade da utilização de antibióticos e o tempo de internação dos pacientes. O que resulta em uma diminuição expressiva de gastos.

Sabendo que nos cursos de Odontologia, uma pequena porcentagem das instituições oferece uma disciplina que visa o a odontologia hospitalar, vemos que há uma grande deficiência no atendimento destes pacientes, talvez por conta da falta de segurança dos cirurgiões dentistas em não se sentirem aptos a atender estes pacientes.³⁰

A falta de conhecimento dos cirurgiões-dentistas e acadêmicos de odontologia fica clara em alguns estudos avaliativos como no estudo avaliativo de Ferreira, Ribeiro, Santos.²⁹

A assistência odontológica a pacientes oncológicos, junto com demais equipes multiprofissionais, é de fundamental importância para melhora da qualidade de vida de pacientes internados. Terapias anti neoplásicas, como a quimioterapia e radioterapia, são associadas a efeitos colaterais significantes, com repercussão na cavidade bucal, como por exemplo, a Mucosite Oral, Hipossalivação e Infecções Bucais Oportunistas. Essas alterações causam, por vezes, dor e desconforto, dificuldade de alimentação e administração da medicação via oral, além da deficiência na manutenção da higiene bucal.²⁴

O tratamento antineoplásico compromete o sistema imunológico e predispõe o paciente a infecções oportunistas. Na mucosa oral os efeitos da imunossupressão podem ser observados pela presença de infecções oportunistas, como a Candidíase e também a perda da continuidade da mucosa, caracterizando a Mucosite Oral. Ambas complicações são comumente encontradas em pacientes oncológicos.³¹ Devido a isso, o diagnóstico dessas complicações e suas prevalências já eram esperadas. A possibilidade de tratamento e de terapias adjuvantes proporcionadas após o diagnóstico

dessas lesões, pôde trazer melhora na qualidade de vida desses pacientes durante as internações.²⁴

Estudos realizados, corroboram com nosso resultado, e afirmam que a saúde bucal deve ser considerado fator determinante para melhorar a qualidade de vida do paciente oncológico, e deve receber atenção especial quanto aos seus cuidados. O paciente com saúde bucal sente-se mais confortável, consegue se alimentar melhor por via parenteral e está mais apto a defesas do organismo contra infecções secundárias na cavidade bucal.^{25,26,27}

Avaliando indicadores e verificando que complicações bucais como Mucosite Oral e Candidíase, quando não diagnosticadas e tratadas, podem culminar com maior queixa de dor e conseqüente maior prescrição de analgésicos, em especial de opióides. E analisando estes dados foi verificado que a prescrição de analgésicos opióides foi menor no grupo que tinham grupos de cirurgiões dentistas incluídos na equipe

A inserção da Odontologia nas unidades de tratamento intensivo é necessária. São inúmeros os benefícios como:

- redução de tempo de internação
- diminuição do gasto com antibióticos de alto custo e prescrição de medicamentos
- diagnóstico precoce de doenças graves
- queda na indicação de nutrição parenteral com o paciente
- melhora da qualidade de vida do paciente e redução dos custos de internação

O correto e cuidadoso planejamento associado ao conhecimento na Odontologia Hospitalar é imprescindível para o sucesso do tratamento dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva

A presença do Cirurgião-Dentista nos hospitais ainda é pouco divulgada, devido a isso, deve-se mudar algumas atitudes procurando uma maior divulgação da atuação do cirurgião-dentista nos hospitais, dedicar uma fiscalização adequada procurando verificar se está sendo obedecida essa atuação

e quais as condições que os profissionais exercem as atividades de higiene bucal.

Conclusão

Conclui-se que, em todos trabalhos avaliados, a presença da odontologia hospitalar obteve diversas melhoras nos indicadores assistenciais dos hospitais de uma forma geral, como a redução de tempo de internação, redução na dosagem de morfina,

melhor recuperação nas lesões de mucosite, redução dos custos com antibióticos, reduzindo o alto custo com medicamentos e melhorando a qualidade de vida do paciente. A atuação dos profissionais de Odontologia nas equipes multidisciplinares hospitalar, se torna altamente indispensável desde sua inserção nos hospitais até a realização de procedimentos que são adequados durante a internação para a manutenção e prevenção da saúde bucal e geral do paciente.

Indicators of Care in Hospital Dentistry

Abstract

The current dentistry is in continuous progress, and analyzing the needs, Hospital Dentistry aims at the widest attention to the hospitalized patient. A practice that although not recent, is still little known and exercised, Hospital Dentistry covers actions that goes beyond the proportions imagined by the population and even other health professionals. Brazilian hospitals conducted studies that demonstrated the reduction of up to 5 days of hospitalization after the inclusion of the dentist in the multiprofessional team when they undergo bone marrow transplantation. Reduced the need for morphine for pain control by 50%, and presented twice the need for parenteral nutrition. In addition, it reduces the risk of oral mucositis by up to 13 times, which is a complication often seen in cancer patients. There is a great need for the implementation of hospital dentistry in all intensive care units due to its diverse benefits.

The correct and careful planning associated with knowledge in Hospital Dentistry is essential for the success of the treatment of patients admitted to intensive care units

Descriptors: Hospital Dentistry. Indicators. PAV.

Referências

- Manual de Odontologia Hospitalar, publicado pela Secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo
- LEMASTER, M. Pilot Program Provides Oral Health Services To Long Term Care Facility Residents Through Service Learning and Community Partnership. *JAMDA*, p 363-366, 2013.
- SCHMITT, Beatriz Helena Eger; DAMOS, Mariana Niehues e GUZZI, Sinara Helena.
- Demanda do serviço de odontologia clínica do hospital Santa Catarina de Blumenau - SC. *SALUSVITA*, Bauru, v. 31, n. 3, p. 203-212, 2012.
- Meira SCR, Oliveira CAS, Ramos IJM. A importância da participação do cirurgião dentista na equipe multiprofissional hospitalar. 9ª Edição do Prêmio SINOG de Odontologia. Curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte/MG 2010.
- Joshiyura KJ, Hung HC, Rimm EB, Willett WC, Ascherio A. Periodontal disease, tooth loss, and incidence of ischemic stroke. *Stroke*. 2003;34(1):47-52.
- Söder PO, Soder B, Nowak J, Jogestrang T. Early carotid atherosclerosis insubjects with periodontal diseases. *Stroke*. 2005;36(6):1195-200.
- Saremi A, Nelson RG, Tullock-Reid M, Hanson RL, Sievers ML, Taylor GM, et al. Periodontal disease and mortality in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28(1):27-32.
- Sales Júnior JAL, David CM et al - RBTI - Revista Brasileira Terapia Intensiva, 2006;18(1):9-17. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/2950974_O_PAPEL_DO_PERIODONTISTA_NO_COMBATE_A_SEPSE
- INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE. O que é sepse?. , 2016. Disponível em: <<http://http://www.ilas.org.br/o-que-e-sepse.php>>.
- Vandijck DM, Hoste EA, Blot SI, Depuydt PO, Peleman RA, Decruyenaere JM. Dynamics of creactive protein and white blood cell count in critically ill patients with nosocomial gram positive vs. Gram negative bacteremia: A historical cohort study. *BMC Infectious Diseases*.;7:106, 2009
- Sales Júnior JAL, David CM et al - RBTI - Revista Brasileira Terapia Intensiva, 2006;18(1):9-17. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/2950974_O_PAPEL_DO_PERIODONTISTA_NO_COMBATE_A_SEPSE

13. PIMENTEL, P. Odontologia Hospitalar: o novo paradigma do Hospital Central do Exército. Acesso em: 20/06/2011. Disponível em: <http://www.medicinaoral.org/blog/2010/10/19/odontologia-hospitalar-o-novo-paradigma-dohospital-central-do-exercito>
14. MORAIS, Teresa; SILVA, José Augusto. Manual de Inserção da Odontologia em Unidades de Terapia Intensiva 1º EDIÇÃO Disponível em <http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/amib-lanca-o-manual-de-insercao-daodontologia-em-unidades-de-terapia-intensiva/>
15. Mojon P. Oral Health and Respiratory Infection. J Can Dent Assoc 2012; 68(6):340-345.
16. Pasetti LA, Carneiro Leão MT, Araki LT, Albuquerque AMN, Ramos TMB, Santos SF et al. Odontologia Hospitalar A Importância do Cirurgião Dentista na Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Odontologia (ATO). 2013;
17. COOPER, V. B.; HAUT, C. Preventing ventilator-associated pneumonia in children: an evidence-based protocol. Crit Care Nurs, v. 33, n. 3, p. 21-29, 2013.
18. VILELA, M. C. et al. Oral care and nosocomial pneumonia: a systematic review. Einstein v. 13, n. 2, p. 290-6, Apr-Jun 2015
- 19.. VENTURA, S. S. C.; PAULETTI, J. Pneumonia associada à ventilação (PAVM) em UTI pediátrica: uma revisão integrativa. Rev Bras Cien Med Saude, v. 1, n. 1, p. 35-43, 2011.
19. FRANCO, J. B. et al. Higiene bucal para pacientes entubados sob ventilação mecânica assistida na unidade de terapia intensiva: proposta de protocolo. Arq Med Hosp Facul Cien Med Santa Casa. São Paulo, v. 59, n. 3, p. 126-131, 2014.
20. KUSAHARA, D. M. et al. Oral care and oropharyngeal and tracheal colonization by Gram-negative pathogens in children. Nurs Crit Care, v. 17, n. 3, p. 115-22, 2012/04 2012.
21. AMARAL, C. O. F. D. et al. Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. Rev Ass Paul Cir Dent, v. 67, n. 2, p. 107-111, 2013
22. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução- RDC nº 26 de 11 de maio de 2012.
23. SIDOU, RMNO. Recomendações para prevenir e tratar pneumonia associada a ventilação mecânica. In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Sociedade Brasileira de Pediatria; PIVA JP, Carvalho WB, organizadores. PROTIPED Programa de Atualização em terapia intensiva Pediátrica: Ciclo 7. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 11-50. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.2)
24. ALBUQUERQUE R.A, et al. Protocolo de atendimento odontológico a pacientes oncológicos pediátricos – revisão da literatura. São Paulo. Revista de Odontologia da UNESP 2007
25. ELEILERS J. & MILLION R. Prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. Seminars in Oncology Nursing, 2012. 2007
26. PAPAstravou E. et al, To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. European Journal of Oncology Nursing, v.21, p. 48-56. 2016
27. POTTING, C.M.J., et al. Providing oral care in haematological oncology patients: nurses' knowledge and skills. European Journal of Oncology Nursing, v. 12, p. 291 – 298, 2008.
28. CROSP 2015
29. Liliane de Souza FERREIRA, Eliane de Oliveira Aranha RIBEIRO, Rosana Elisabete Agostinho dos SANTOS, Conhecimentos dos Acadêmicos de Odontologia da UEA sobre a Odontologia Hospitalar <http://www.rvaco.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/324>
30. Bonato LL, Lopes AMS, Silva CM, Itner RG, Silva ACH. Situação atual da formação para assistência de pessoas com necessidades especiais nas faculdades de odontologia no Brasil. ClipseOdonto. 2013
31. BEZINELLI, Letícia Mello. O atendimento odontológico no transplante de medula óssea: impacto clínico e econômico. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo
32. Scannapieco FA - Relação entre Doença Periodontal e Doenças Respiratórias, em: Rose LE, Genco RJ, Mealy BL et al - Medicina Periodontal. São Paulo: Santos, 2002;83-97
33. Scannapieco FA, Rossa Júnior C - Doenças Periodontais versus Doenças Respiratórias, em: - Brunetti MC - Periodontia Médica. São Paulo: SENAC, 2004;391-409
34. Rothman A, Barbas CSV, Camargo LFA - Infecções Respiratórias em UTI, em: Knobel E - Conduas no Paciente Grave. 2ª Ed, São Paulo: Ed. Atheneu, 1999;771-780
35. Consenso Brasileiro de Pneumonias em Indivíduos Adultos Imunocompetentes. J Pneumol, 2001;27:(Suppl1):S22-S40
36. Fourrier F, Duvivier B, Boutigny H et al - Colonization of dental plaque: a source of nosocomial infections in intensive care unit patients. Crit Care Med, 1998;26:301-308
37. Barker GJ. Current practices in the oral management of the patient undergoing chemotherapy or bone marrow transplantation. Supportive Care in Cancer. 1999; 4:17-20.
38. Ferreti AG, Raybold TP, Brown AT, MacDonald JS, Greenwood M, Maruyama Y, et al. Chlorhexidine prophylaxis for chemotherapy and radiotherapy-induced stomatitis: a randomized double-blind trial. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1990;69:331-8