



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA**

TESIS

**FRECUENCIA DE PRESCRIPCIÓN ANALGÉSICA
Y ANTIBIÓTICA POST-EXODONCIA EN EL
SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DE LA RED
HUALLAGA DEL DISTRITO SAPOSOA
PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

Autor:

Sánchez Caro, Arelis Auria

Asesor:

DRA. CD. La Serna Solari Paola Beatriz

Línea de Investigación:

**Ciencias de la vida y cuidado de la salud
humana**

Pimentel - Perú

2019

APROBACION DEL JURADO

DRA. CD. La Serna Solari, Paola Beatriz
ASESOR METODOLOGICO

DRA.CD. La Serna Solari, Paola Beatriz
PRESIDENTE

MG.CD. Alayza Carrera, Geovana
SECRETARIO

MG.CD. Llanos Medina, José
VOCAL

DEDICATORIA

Al señor por cuidar a mi familia y a mi persona. A mi papa, Fausto que desde el cielo me cuida, a mi mama Gricelia, por su amistad, paciencia, comprensión y soporte absoluto, por esos momentos que me rendía y supo guiar a levantarme y seguir.

A mis hermanos, Gelmer, Nilmer y Jhordin por su cariño, paciencia, consejos y apoyo incondicional enseñándome lo que significa la perseverancia y disciplina. Que me ayudaron a lograr mi sueño.

A mi hija Diany por darme el motivo a seguir adelante, por las alegrías y tristezas en este trayecto que le servirían de guía en sus estudios demostrándole que si se puede.

A mi compañero Jimmy; que supo ser mi soporte con sus sabios consejos, por su cariño, tolerancia y entendimiento en estos 5 años.

Todo se lo debo a mi familia, que formaron parte de mis alegrías por su constante preocupación hacia mi persona, mis tíos, prima, sobrinos que estuvieron ahí apoyándome.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, hermanos, hija, sobrinos, abuela, tíos y prima por su ayuda económica, física y moral para poder culminar mis estudios.

A mis mentores por sus enseñanzas, asesoramiento en cada curso y poder culminar la carrera.

A mis asesores de tesis que participaron en esta investigación.

A mi amiga por ayudarme a conseguir el permiso y poder recolectar mi información para mi tesis.

A las autoridades de la red Huallaga - Saposoa que me permitió desarrollar mi investigación en dicho hospital.

RESUMEN

La investigación se realizó de forma cuantitativa, teniendo como objetivo determinar la frecuencia de prescripción analgésica y antibiótica post-exodoncia en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito Saposoa, realizado mediante un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional con una muestra de 250 historias clínicas del servicio odontológico que se atendieron durante el año 2018.

De la información recolectada en las 250 historias clínicas del servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa, el 93.6% prescriben como analgésico al Paracetamol, en 2do lugar naproxeno y en 3er lugar al ibuprofeno y como antibiótico con el 76.9% a la Amoxicilina en 1er lugar, en 2do lugar a la amoxicilina más ac. Clavulánico y en 3er lugar a la dicloxacilina en post-exodoncia.

Concluyendo que siempre que realicen una exodoncia, se prescribe un analgésico y, dependiendo del diagnóstico, se opta por acompañarle un antibiótico.

Palabras clave: analgésico, antibiótico, inflamación e infección.

ABSTRACT

The research was carried out quantitatively, aiming to determine the frequency of prescription analgesic and antibiotic post-exodontic in the dental service of the Huallaga network of the Saposoa district, carried out through a descriptive study, cross-sectional, retrospective and observational with a sample of 250 dental records that were treated during 2018.

Of the information collected in the 250 clinical histories of the dental service of the Huallaga network of the Saposoa district, 93.6% prescribed paracetamol as an analgesic, naproxen in 2nd place and ibuprofen in 3rd place and as antibiotic with 76.9% at Amoxicillin in 1st place, in 2nd place to amoxicillin plus ac. Clavulanic and in 3rd place to dicloxacillin in post-exodontics.

Concluding that whenever they do an exodontic, an analgesic is prescribed and, depending on the diagnosis, is chosen to accompany an antibiotic.

Key words: analgesic, antibiotic, pain and infection.

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Caratula..... | 1 |
| Dedicatoria..... | 3 |
| Agradecimiento..... | 4 |
| Resumen..... | 5 |
| Índice..... | 7 |
| I. INTRODUCCIÓN | 9 |
| 1.1. Realidad Problemática..... | 10 |
| 1.2. Trabajos Previos | 12 |
| 1.3. Teorías Relacionadas al tema..... | 15 |
| 1.4. Formulación del Problema..... | 53 |
| 1.5. Justificación e Importancia | 53 |
| 1.6. Objetivos de la Investigación..... | 55 |
| 1.6.1 Objetivo general..... | 55 |
| 1.6.2 Objetivos específicos..... | 55 |
| II. MÉTODO..... | 55 |
| 2.1. Tipo y Diseño de Investigación..... | 55 |
| 2.1.1 Tipo de investigación..... | 55 |
| 2.1.2 Diseño de la investigación..... | 55 |
| 2.2. Población y muestra..... | 56 |
| 2.2.1 Criterios de inclusión..... | 56 |
| 2.2.2 Criterios de exclusión..... | 56 |
| 2.3. Variables..... | 56 |
| 2.3.1 Covariable..... | 56 |
| 2.3.2 Operializaciòn..... | 57 |
| 2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad..... | 57 |
| 2.4.1 Técnica de recolección de datos..... | 57 |

| | |
|---|-----------|
| 2.4.2 Instrumentos de recolección de datos..... | 57 |
| 2.4.3 Abordaje metodológico..... | 59 |
| 2.5. Procedimientos para la recolección de datos..... | 60 |
| 2.6. Criterios éticos..... | 60 |
| 2.7. Criterios de Rigor Científicos..... | 61 |
| III. RESULTADOS..... | 61 |
| 3.1 Tablas y figuras..... | 61 |
| 3.2 Discusión de Resultados..... | 70 |
| IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 72 |
| V.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 74 |
| VI.ANEXOS | 80 |

1. INTRODUCCIÓN

La terapia analgésica y antibiótica fue constantemente un punto considerablemente controversial para los cirujanos dentistas. Coincidiendo constantemente con prescripciones precisas, es elemental prescribir un analgésico y dependiendo del tipo de diagnóstico se procederá al uso de los antibióticos. Teniendo en cuenta que son utilizados indiscriminadamente, por tal motivo entra a tallar la importancia de determinar los medicamentos a prescribir.

OMS¹ refiere en cuanto a la indicación médica. Como la función mediante la cual en cirujano basado en conocimientos de investigación tanto moderna como autónoma y destreza precisa, es hábil identificando cada caso del paciente, permitiéndole elegir el tratamiento idóneo. Eligiendo un fármaco ajustado al requerimiento del individuo, con dosis específica, en un período adecuado y lo más accesible para cumplir con el tratamiento.

En el campo odontológico, emplear antibióticos adecuados evitara situaciones con procesos infecciosos en la cavidad bucal, por esto, Poveda y Bagán² en el 2007, ejecutaron una indagación, cuya finalidad de aportar sobre el manejo apropiado de los antibióticos, el desarrollo de infecciones basándose en sus formas de aspectos frecuentes, finalmente la unión de la amoxicilina-clavulánico llevo a hacer el antibiótico crecidamente indicado.

En principio de lo establecido, teniendo como objeto de esta investigación es determinar la frecuencia de prescripción analgésica y antibiótica post-exodoncia en el servicio de odontología del hospital del distrito de Saposoa, provincia de Huallaga, para llegar a esta conclusión se hizo un estudio analítico-correlacional y transversal con una muestra de 250 historias clínicas en los pacientes del servicio odontológico de la red Huallaga del distrito de Saposoa, que fueron atendidos entre el mes de enero a diciembre del año 2018, mediante las historias clínicas.

1.1. Realidad Problemática

La estomatología es una ciencia de la salud que solicita el soporte de la farmacología clínica y aplicada como complemento en los tratamientos, teniendo en cuenta que el dolor y la inflamación lo hacen de carácter imprescindible, para ello existen diversos protocolos cuyo principio es instaurar normas precisas para diagnosticar la enfermedad y la terapéutica a conseguir. Los medicamentos adecuados con dosis precisas consiguen lograr el control de la enfermedad.²

El entendimiento de la farmacología es ineludible en el especialista de la salud. Incluso en la destreza estomatológica. Teniendo como centro transcendental adentro de la farmacología el entendimiento de la farmacocinética en donde se verán la transformación del medicamento al administrarse a un ser vivo (absorción, distribución, metabolismo y excreción); ocurriendo simultáneamente otro proceso conocido como la farmacodinamia, donde ocurren efectos causados por el medicamento administrado (estimulación, depresión, irritación, reemplazo y acción citotóxica).³

Teniendo en cuenta la administración de fármacos de manera prudente, debido a que todos ocasionan toxicidad por más mínima dosis; teniendo en cuenta que los antibióticos muestran toxicidad selectiva a dosis determinadas, que proceden en organismos invasores sin dañar el organismo tratado. Igualmente es primordial poseer conocimiento en cuanto a las reacciones adversas que vayan a desencadenar al administrarse medicamentos, pudiendo presentar predecibles reacciones o impredecibles³.

En cuanto al diagnóstico de nosología odontológica el odontólogo establece el tratamiento; indicando si debe estar paralelo con el proceso farmacológico, delimitando o combinando el procedimiento evitando dolor, inflamación e infecciones o haciendo uso de la combinación de analgésicos y antibióticos⁴.

Los antibióticos con más uso son: Amoxicilina efectivo para M.O aerobios, Gram (+/-); Amoxicilina más Ac. Clavulánico exacto para M.O aerobios y anaerobios, Gram (+/-); de espectro amplio. Los pacientes con alergia a las penicilinas o cefalosporinas

utilizara Eritromicina (eficaz para M.O aerobios Gram +/-) o Clindamicina (preciso para M.O aerobios y anaerobios Gram +/-); también de espectro amplio.⁴

De igual forma se tratara el dolor, con analgésicos, clasificándose en generales en analgésicos opiáceos y no opiáceos; utilizándose a los AINES, analgésicos puros por los no opiáceos, dependiendo el grado de dolor del paciente para su elección. En el campo odontológico, los medicamentos prescritos para el dolor son: Acetaminofén (Paracetamol), Ibuprofeno, Naproxeno, Ketorolaco. En los procedimientos invasivos como extracciones, tratamientos pulpares, etc.; el dolor en dichos procedimientos se controla de manera previa con anestésicos infiltrativos y tópicos, como: lidocaína, Benzocaína (anestesia tópica) y Mepivacaína (anestésias infiltrarías).⁵

Este cambio demográfico tiene varias consecuencias para la salud pública, en transcurso del tiempo las personas envejecen y se vuelven susceptibles con mayor énfasis a las enfermedades sistémicas presentando alteración de la salud oral. Las enfermedades periodontales que conllevan a la pérdida de piezas dentarias siendo las más comunes⁴. Estas enfermedades traen como secuela la degradación en relación a adulto mayor y su calidad de vida teniendo como resultado problemas que generan en la masticación, deglución y comunicación. Demostrándose que incrementara enfermedades como: neumonías, enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares si la salud oral es deficiente^{6,7}

Las intervenciones quirúrgicas de terceros cordales, incluidos o semi-incluidos, permite la manipulación en la cavidad bucal de tejidos blandos y duros, exponiéndolos a los pacientes sanos a una infección, relacionándolos con el medio propio del individuo y al medio séptico al instante de su intervención⁸.

El objetivo fundamental de la administración de medicamentos es la de prevenir, tratar y sanar enfermedades obteniendo un óptimo estado de salud que le permita al ser humano llevar una vida sana, física y mental.

Partiendo de las investigaciones de Alexander Fleming se puede afirmar, que los antibióticos en el extenso campo de la salud vienen hacer pioneros en el control de infecciones, cuya función es sustancial en el desempeñando odontológico, cooperando

en el procedimiento preoperatorio y post-operatorio de la habilidad del especialista, previniendo complicaciones, por consiguiente, llevar la evolución del paciente de manera estable⁹.

La exodoncia o también conocida como extracción dental viene hacer un procedimiento estomatológico donde se extraer la pieza dental del alveolo óseo o el órgano dental donde se aloja, efectuándose mediante la cooperación de diversas técnicas e instrumentos precisos a utilizar durante la cirugía bucal, correspondiente a la intervención o acto quirúrgico.⁹

El criterio del estomatólogo concerniente a una terapéutica preoperatorio o postoperatorio, es determinación de él. Registrándose en investigaciones que los antibióticos más usados en infecciones agudas son tratadas con: Penicilina, Clindamicina, Eritromicina, Cefadroxilo, Metronidazol y las tetraciclinas por vía oral¹⁰

La antibioticoterapia se basa en el empleo racional y óptimo teniendo como fundamental condición en la práctica profesional en cuanto al área clínica lograda a través de una exhaustiva investigación de los antibióticos que deberían ser indicados adecuadamente en cada caso.¹¹

1.2.Trabajos Previos

Palma KM, et al¹² Ecuador (2012). “Exodoncias Complejas y su relación con el dolor postquirúrgico”. El objetivo del presente es establecer la vinculación de las extracciones complejas y el dolor posterior a la cirugía en pacientes tratados en las clínicas de cirugía de la Universidad San Gregorio. Obteniendo como resultados que el dolor de leve a moderado se presentó a partir de las 2 horas y a las 24 horas en el caso de osteotomía. Concluyendo que algunos no cumplen con las indicaciones posquirúrgicas y el antibiótico más prescrito fue la amoxicilina en cuanto a la osteotomía.

Arjona E, et al¹³ Sevilla (2012). “Tratamiento antibiótico post – extracción de terceros molares incluidos: amoxicilina vs amoxicilina/ clavulánico”. El objetivo del presente estudio se basa en evaluar la eficiencia de dos pautas distintas de antibioterapia

profiláctica en los terceros molares retenidos después de la extracción; teniendo como resultados a la amoxicilina 1000 mg y amoxicilina 875 mg más ácido clavulánico 125 mg. Los dos indicados con intervalos de 8 horas en un lapso de tiempo de cinco días, conjuntamente de analgésicos de rescate al ibuprofeno 600 mg después de 8 horas y paracetamol 500 mg teniendo el mismo efecto. Concluyendo que son iguales en cuanto a su eficacia ambos antibióticos.

Marrufo AA, et al¹⁴ Perú (2015). “Frecuencia de prescripción antibiótica para exodoncias con procesos infecciosos agudos por los cirujanos dentistas docentes de la Universidad Señor de Sipán. Pimentel-Lambayeque Perú, 2015”. Teniendo como objetivo establecer la cantidad de prescripción antibiótica para la extracción donde presentan infecciones agudas de los cirujanos dentistas docentes de la Universidad Señor de Sipán. Pimentel Lambayeque-Perú, 2015. Donde su resultado fue que los antibióticos más prescritos en procesos infecciosos agudos, está la amoxicilina complementada con ácido clavulánico como alternativa de mayor uso por los estomatólogos catedráticos con 27% en promedio, consecutivo, la Clindamicina con 16%. Concluyendo que los 43 cirujanos dentistas catedráticos de la Universidad Señor de Sipán, sólo 5(11.6%) no prescriben; mientras que 38(88.4%) especialistas recetan antibióticos en extracciones con donde presentan infecciones agudas. Utilizando Clindamicina por amoxicilina más ácido clavulánico en caso de alergia a la amoxicilina.

Galan JR, et al¹⁵ Ecuador (2015). “Uso de los analgésicos opioides en el campo odontológico” el objetivo del presente fue. Conocer que estos fármacos en la actualidad constituye una herramienta potente para controlar el dolor, de la gran variedad de analgésicos los cuales tienen un nivel de eficacia de mayor amplitud en el que permite un método con mayor seguridad en el alivio veloz del dolor. Y obtuvieron información específica para que el estudiante conozca más sobre farmacología, tiempo de administración, dosis, efecto adverso del medicamento y que los analgésicos opioides se pueden utilizar en dolor leve, moderado y no solo en pacientes con cáncer o enfermedad terminal, los cuales no se puedan controlar con analgésicos menores. Concluyeron con un protocolo para el dolor leve – moderado, determinándose dosis y tiempo en fármacos opioides.

Cubas JL, Asmat AS, et al¹⁶ Perú (2016). “Amoxicilina para prevenir la infección post-exodoncia de terceros molares incluidos: ensayo clínico aleatorizado” cuyo objetivo del estudio se basó en la confrontación de la administración de amoxicilina antes y después de la cirugía teniendo en cuanto a su eficacia para prevenir la infección post exodoncia de terceros molares incluidos. Y obtuvieron que. No hubo diferencia según la prescripción de amoxicilina antes o después de la cirugía impidiendo la infección post-exodoncia de terceros cordales incluidos ($p = 0,60$). Y también no se encontró discrepancia de estas y al no prescribirse antibiótico ($p = 0,35$ y $p = 1,00$). Concluyendo que el manejo antes y después de la cirugía con amoxicilina no resulta certero previniendo la infección post-exodoncia de terceros cordales incluidos.

Salinas SL, et al¹⁷ Perú (2016) “fármacos de uso en la medicación post exodoncia simple y compleja aplicadas por los alumnos de quinto y sexto año académico de la escuela de estomatología de la universidad nacional de Trujillo, 2015”. El objetivo de esta investigación fue determinar los medicamentos usados en prescripción posterior a la extracción compleja y simple, efectuadas por los alumnos de quinto y sexto año de la Escuela de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo y obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a los AINES más usados post exodoncia simples y complejas son Paracetamol, Ibuprofeno, Naproxeno Sódico, Ketorolaco y el antibiótico más indicado fue la amoxicilina + ácido clavulánico de manera preventiva. Concluyendo que los AINES usados frecuentemente en exodoncias simples fueron paracetamol, naproxeno sódico e ibuprofeno y complejas ibuprofeno, Naproxeno Sódico y Ketorolaco y en cuanto al antibiótico fue Amoxicilina + Ácido Clavulánico, indicadas por los estudiantes de quinto y sexto año de la escuela de estomatología siendo de primera opción los AINEs y Antibióticos.

Chafloque PA, et al¹⁸ Perú (2017). “Nivel de conocimiento sobre fármacos para dolor e inflamación pos exodoncia compleja de los internos de estomatología; hospitales nivel III del MINSA, Trujillo - 2017.” El objetivo de esta indagación fue definir el grado de conocimiento en cuanto al uso de medicamentos que controlen la inflamación y dolor posterior a la exodoncia en los internos de odontología; Hospitales nivel III del MINSA en el distrito de Trujillo, 2017. Y obtuvieron los siguientes resultados de los 40 internos tanto masculinos como femenino, de los cuales 9 fueron de la universidad privada Antenor Orrego, 14 de los ángeles de Chimbote y la

Universidad Nacional de Trujillo; que su conocimiento sobre fármacos fue malo (62.5%), regular (27.5%) y bueno (10.0%), en cuanto a su nivel de conocimiento. Concluyendo que el nivel de conocimiento sobre uso de fármacos en cuanto al dolor e inflamación post exodoncia quirúrgica, de los internos de estomatología de los hospitales nivel III del MINSA, Trujillo, 2017; según universidad de procedencia, fue homogéneo para cada nivel en Universidad Los Ángeles de Chimbote fue “Malo” en un 85.7%, para la Universidad Privada Antenor Orrego primó el resultado “Malo” con un 58.8% y la Universidad Nacional de Trujillo con un 33.3%.

Vigo NM, et al¹⁹ Perú (2017). Terapia farmacológica más utilizada para el control del dolor e inflamación post exodoncia por los cirujanos dentistas Chachapoyas 2017. Su objetivo fue identificar la terapia farmacológica más utilizada para control del dolor e inflamación post exodoncia. Los resultados que se obtuvieron fueron que la terapia farmacológica más utilizada fueron los AINES con un 71,9 % (23), siendo el Naproxeno Sódico el más utilizado con un 31.3% (10) seguido del ibuprofeno con un 28.1% (9); la terapia farmacológica específica posterior a una exodoncia simple más utilizada por los cirujanos dentistas fue el Ibuprofeno con un 39.1 (9), 26.08% seguido del Naproxeno sódico (6) 26.08%, 17.39% (4) Diclofenaco, 13.04% (3) Meloxicam y 4.34% (1) Paracetamol y posterior a una exodoncia compleja el 55.6 % (5) utilizan Keterolaco y 44.4% (4) Naproxeno sódico. En conclusión la terapia farmacológica más utilizada por los Cirujanos Dentistas en cuanto al dolor e inflamación post exodoncia fueron los AINES; siendo el Ibuprofeno el más usado post-exodoncia simple y Keterolaco post-exodoncia compleja.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1 Exodoncia dental

Definición: Procedimiento o terapéutica quirúrgico bucal, fase de la intervención maxilofacial realizada por medio de instrumental y técnicas apropiadas, indicadas para la extracción de un órgano dentario alojado sobre la articulación del alveolo dentario (sinartrosis, sinfibrosis o gonfosis) conformada por hueso, encía, periodonto y diente y periodonto. Teniendo como fin desprender la pieza dentaria, logrando dilatar y distender el alvéolo a costa de la elasticidad del hueso que lo alberga, donde el

periodonto es desgarrando en su totalidad, consiguiendo la luxación y extracción del diente ¹⁰.

La exodoncia simple, viene a ser la acción terapéutica que permite extraer piezas dentarias de los alveolos; ocasionando un insignificante traumatismo posible y cero complicaciones.¹⁰

Las situaciones en las que se procede con extracciones simple son:

- ✓ En casos mala oclusión indicada por el ortodoncista
- ✓ Por lesión radicular irreversible indicada por el endodoncista.
- ✓ Caries extensa que comprometen a la raíz.
- ✓ Rotura radicular por trauma.
- ✓ Enfermedades periodontales graves.¹⁰

La exodoncia compleja, es aquel proceso que permite extraer un diente o una fragmento del mismo de manera no convencional, con requerimientos especiales, mediante técnicas, con especialistas en el área (estomatólogos), con el soporte farmacológico o de cualquier otro tipo con la finalidad de efectuar una exodoncia quirúrgica.¹¹ siguiendo una pauta reglada mediante etapas propiamente dichas como: incisión, colgajo, osteotomía, avulsión, regularización ósea, curetaje y sutura, convirtiéndose en un proceso con mayor incidencia en el área de la cirugía oral, debido al incremento de los casos de inclusión dentaria ya que en la actualidad hay una variación de complicaciones que impide efectuar una exodoncia simple. Como se puede notar en el los siguientes casos:²⁸

- a) Piezas dentarias ubicadas fuera de su lugar adecuado de manera anómala de dientes no erupcionados, presentando posiciones variadas de manera heterotópicas y ectópicas.
- b) Anomalía de las piezas dentarias erupcionadas en relación a su posición y situación.
- c) Raíces debilitadas por los pernos o piezas dentarias con prótesis fijas o coronas impidiendo la prensión.
- d) Fracturas de las raíces de las piezas dentarias en diferentes niveles. Ocurrido durante el mismo acto operatorio o en el proceso de intento de exodoncia previa

o reciente. Restos radiculares visibles a través del alveolo o que se encuentran en contacto con la cavidad bucal.

- e) Cuando las raíces erupcionadas o incluidas de piezas dentarias antiguas.
- f) Coronas dentaria con caries amplias y deterioradas. Impidiendo aplicar adecuadamente un botador o hacerse una presa correcta con un fórceps.
- g) Caries sub-gingivales de los dientes que dan origen rupturas a nivel del cuello anatómico en el momento de realizar la coacción con el fórceps.
- h) Piezas dentarias donde la corona está debilitada por la eliminación de caries cuya corona puede fracturarse debido a las grandes reconstrucciones.
- i) Fragilidad elevada de los dientes por reabsorciones internas y externas.
- j) Dientes ancianos y desvitalizados.
- k) Anormalidades radiculares de los dientes debido a su dirección, forma, número, pudiendo ser por raíces muy finas, dilaceradas, dilaceradas, curvas, paralelas, divergentes, presentando raíces accesorias y el tabique mucho más grande a nivel interradicular.
- l) Pérdida del espacio periodontal debido anquilosis dentaria. La reabsorción externa o interna, quedando trabado el diente por invasión ósea.
- m) Esclerosis ósea, el espesor o densidad incrementando el hueso alveolar la cual vendría hacer un obstáculo para la expansión del alveolo por lo tanto, complicara la exodoncia.¹⁴

Lo que origina que una exodoncia de una pieza dentaria convencional se convierta en exodoncia compleja. Se agrupan en rangos: ¹⁰

- Pacientes con enfermedades.
- Pacientes sin cooperación o falta de cooperación.
- Múltiples exodoncias.
- Alteraciones locales.
- Reabsorciones de las piezas dentarias tanto internas como externas.
- Piezas dentarias sin vitalidad y ancianos.¹⁰

Las circunstancias, donde la extracción dentaria es considerada por el profesional como una intervención simple y aparentemente de poca importancia, el cual conlleva a menudo a la aparición de complicaciones graves.¹⁰

La mayoría de cirujanos bucales se basan a un objetivo fundamental que es el de reducir al mínimo los síntomas postoperatorios, lo que con lleva a una operación quirúrgica en la boca sin interferencias al momento del desarrollo fisiológico de la inflamación después del traumatismo quirúrgico. Teniendo conocimiento primordial de la fisiopatogenia de la inflamación postoperatoria¹⁰.

Palma¹, según su estudio nos dice que la exodoncia incluye una secuencia: Despegamiento de la encía logrando evitando desgarros, luxación del ligamento periodontal, tracción de la pieza dentaria del alveolo, legrado alveolar, se podría realizar o no sutura o adicionar algún anticoagulante que ayude con la cicatrización, como también retener una gasa por 30 minutos¹⁰. (Gay & Berini, 2008, p.180).

Desde tiempos remotos la exodoncia ha existido evolucionado en una variedad puntos, realizada con técnicas poco ortodoxas, agresivas y además realizadas por personas denominadas como: los Barberos, sangradores, curanderos. En relación a esto es donde P. Fauchard (XVIII) donde recomienda técnicas nuevas consolidando en el tiempo con los avances de la investigación referente de los modernos anestésicos y los más descartados principios quirúrgicos¹⁰.

1.3.2 El dolor

Para la Asociación Mundial para el estudio del dolor (IASP) viene hacer definitivamente complicado: “Es una experiencia emocional y la ves sensorial desagradable y de mucha complejidad que causa a una lesión tisular”. En de gran importancia evaluar el dolor debido a sus características como: irradiación, localización, intensidad y las causas que llegan aliviarlo o lo agudicen como también la afinidad temporal³⁷. Para Guiu, el dolor es producido por distintos motivos y diferentes razones.

Las personas que padecen dolor por motivos denominados “somáticas”, como el causado por una artritis o en un cáncer el cual los médicos lo nombran “dolor nociceptivo”. Teniéndola empero habitual hay pacientes que tienen dolor debido a que tienen afectada expresamente una vía nerviosa del sistema nervioso central y periférico llamado “dolor neuropático”, “neurogénico” o “neurológico”, por ejemplo

aquellas que son ocasionadas debido a una neuralgia del trigémino o infección por herpes zóster. Finalmente existen pacientes que tienden a sufrir el denominado “dolor psicógeno”, o de nivel psicológico, en el que los especialistas no ubican la causa, pero los pacientes sienten con igual intensidad³⁷.

Siendo la exodoncia un proceso traumático y muy temido en los pacientes desde la antigüedad, ocasionando fobia y temor a la exodoncia sin lograr entender, lo que conlleva a especializarse a los odontólogos en diferentes métodos, a partir desde la aplicación de anestesia y utilización de herramientas especiales para aplicar en cada proceso a tratar¹⁰.

El odontólogo debe conocer bien sobre exodoncia quirúrgica para tomar una decisión, si requiere o no dicho proceso, para así poder evitar un proceso de mayor agresividad a la extracción convencional con periodo prolongado con daño de los tejidos blandos y traumatismo del hueso¹⁰.

Permitiendo. Asimismo, la eliminación de hueso u osteotomía consiguiendo un procedimiento con área operatorio amplia con mejor visibilidad y acceso, despejando el acceso de salida al diente o raíz cumpliendo con la “ley del menor traumatismo”. Mead, dice, “la ablación de una parte de la cortical vestibular o lingual a menudo convierte una operación extremadamente difícil en un procedimiento relativamente sencillo”¹⁰.

Dicha técnica es menos traumática, consiguiendo el postoperatorio que sea menos tormentoso y donde manifiesta una menor complicación. El cicatrizado de la herida quirúrgica va hacer excelente siempre en relación al desgarro, aprensión, ruptura del hueso alveolar, estrujamiento, etc., de tejidos mediante intentos y manipulación repetida en la extracción habitual que constantemente es efecto infructuoso. Utilizándose constantemente dicha destreza más a menudo por los cirujanos dentistas, debido a sus cualidades no permiten ser libre de complejidades, nerviosas, mecánicas, inflamatorias e infecciosas¹¹.

Este proceso a menudo produce un esquema de dolor e inflamación aguda generando un fuerte malestar de desconformidad hacia el paciente. Aunque se haya utilizado

terapia con analgésicos, AINEs o corticoides, administrándose pre-intra o postquirúrgicamente, apareciendo la inflamación postoperatoria inmediata en muchos. El trauma causada en los tejidos blandos periorales y orales, el desprendimiento del colgajo y el trauma óseo causante de la inflamación de manera normales, intensificándose a un nivel en 72 horas. Comenzando a referir y disminuir a las 48 o 72 más. Para combatir complicaciones posibles proponen varias combinaciones medicamentosas y procedimientos técnicos que tratan de mitigar los efectos indeseables de la cirugía.¹⁰

Es claro que aplicar previamente un tratamiento de manera adecuada para la inflamación y realizar la cirugía con las técnicas correctas de manera limpia, rápida y lo más traumática posible, usando material o productos más inofensivos y eficaces que la farmacología proporciona, permitirá un excelente procedimiento¹⁰.

La Asociación Internacional nos dice que es “una experiencia emocional y sensorial desagradable acompañada con daño tisular real o potencial. Siendo un elemento dificultoso resuelto por un mecanismo sensorial-discriminativo (nocicepción), referido a la perspicacia y localización de incitamientos nocivos incluyendo la fuerza, localización, persistencia, patrón momentáneo y su eficacia; la capacidad para hacer frente y tolerarlo, la semejanza del dolor y actitud de ánimo, la enseñanza del dolor y la atención, así como su racionalización¹⁰.

El dolor posterior a la intervención agudo que no fue atendido tendrá consecuencias como: resultados nocivos a nivel de la circulación, respiración, actividad autónoma, actividad gastrointestinal y función renal. El avance en la comprensión intra-espinal, mecanismos cerebrales y periféricos que envuelven al dolor agudo, descripción neurofisiológica de vías nociceptivas, mediadores y receptores que han presentado excelente manejo para el dolor¹⁰.

El dolor viene hacer una acción de alarma y defensa originándose en nociceptores iniciado con estímulos térmicos, químicos y mecánicos, que consta de una fase eferente y aferente. Generando un daño a los tejidos, desencadenando la liberación de sustancias encargadas de sensibilizar las terminaciones nerviosas, desencadenando las bradicininas, la sustancia P y prostaglandinas. Cuya sensibilización de los nociceptores

es conocida como "sensibilización periférica". A modo que el tejido recibe un estímulo inofensivo generando una reacción dolorosa.¹⁰

No obstante de las técnicas avanzadas en controlar el dolor, aún hay imperfección para el manejo del dolor posoperatorio agudo. Pero ya hay una variedad de modalidades que son efectivas para el control del dolor postoperatorio³⁸.

Su origen del dolor va estar relacionada con los daños en su estructura, asía el dolor inducido por las noxas encargadas de la inflamación las cuales afectaran varios tejidos, dando origen subsiguiente al dolor³⁸.

El dolor somático se caracteriza por afectar estructuras como tejidos subgingivales y gingivales, vasos sanguíneos y estructuras óseas de los maxilares. El dolor iniciado a nivel maxilar son recepcionados atreves de nociceptores encargados de detectar el agravio.³⁸

1.3.2.1 Intensidad del dolor

La magnitud del dolor se puede considerar complicado de establecer, debido a su componente subjetivo. Esto se puede localizar mediante relato del paciente o por medio de rango encargados de la magnitud del dolor, determinándose de manera general por tres niveles de intensidad³⁸.

El estomatólogo debe tener conocimiento de las características de los tres niveles del dolor generados posterior a una exodoncia. Al principio no suele ser potente y en la mayoría de casos suele tratarse con analgésicos leves. Seguido el máximo dolor se presenta a las 12 horas después de la exodoncia y para luego disminuir. Finalmente, un dolor secundario al proceso puede prolongarse por más de 2 días posteriores a la exodoncia.¹⁰

1.3.2.1.1 Dolor de intensidad leve, se considera al dolor que por naturaleza suele ser llevadero y no precisa de un tratamiento farmacológico ya que permite al paciente seguir con sus actividades diarias.³⁸

1.3.2.2 Dolor de intensidad moderada, es aquel que interfiere en las actividades diarias y necesita de un tratamiento farmacológico mediano, capaz de generar ansiedad moderada³⁸.

1.3.2.3 Dolor severo, debido a su intensidad perjudica al paciente incapacitándolo para sus actividades diarias, postrándolo y originándole una extrema ansiedad con urgencia de medicación.³⁸

1.3.3 Tratamiento del dolor de acuerdo a la intensidad

El tratamiento del dolor se puede manejar según su gravedad o intensidad del mismo. Por lo que en cuanto al dolor leve este se puede tratar mediante apropiadas modalidades físicas como: utilización del hielo para bajar el calor e hinchazón, mediante masajes para reducir el spmo muscular y malestar. Utilizando analgésico (paracetamol) y como AINE (ibuprofeno) y con respecto al caso de un dolor moderado es necesario el uso de analgésicos y de manera física pudiendo utilizar opiáceos bajos y para el dolor severo por último usar opiáceos a dosis elevadas.³⁸

1.3.4 Medición del dolor

Para la realización del proceso de medición del dolor hasta la actualidad no se cuenta con métodos precisos para poder estimar la intensidad del dolor. Siendo las formas con mayor recurrencia, las referencias subjetivas de dolor utilizado en la evaluación clínica y la investigación. Basados a lo que el paciente manifiesta sobre la magnitud del dolor pudiendo ser de diversos tipos¹²:

a) Escala descriptiva simple: Según Rodríguez¹², vienen hacer los niveles de medición por escalas verbales en donde manifiestan al dolor en 4, 5 o más categorías, los cuales se clasifican en: Leve o ausente, moderado, intenso que en su mayoría se comparan con diferentes niveles que también son descriptivas en el que se puede confirmar la mejoría dada en dicho terapéutica. Relacionado a los problemas antes mencionados el individuo debería contestar y clasificarse en los rangos pre-establecidos. Estos niveles de medición del dolor son de fácil comprensión por el paciente.

b) Escala visual análoga (EVA): Según Serra¹², esta escala se caracteriza por la utilización de una línea recta, por lo general de 10 cm de longitud, en los cuales los exacerbamientos pertenecen al límite de la gravedad del dolor; uno significa "sin dolor" y el peor dolor imaginable o "dolor máximo". Permitiéndole al individuo tomar nota en la recta el grado de dolor cual es la intensidad del dolor percibido individualmente, en el que manifiesta el dolor en centímetros a partir del punto cero (sin dolor). Esta escala se logra comparar con niveles de similar característica que en una exageración presente "sin abolición del dolor" y "ausencia de dolor" o "máxima abolición".³⁸

1.3.5 Dolor posterior a la cirugía o post-quirúrgico.

Se dice de la presencia de un fenómeno complicado intervenido por diferentes causas que permiten diferenciar dos tipos de dolores. Seguido a los procesos quirúrgicos realizados, cuya importancia fundamental es saber y poder evitar molestias futuras y complicaciones en el paciente.³⁸

1.3.5.1 Dolor de la herida: es aquel provocado en la mucosa ocasionado en la herida debido al corte de finas fibras nerviosas en el periostio y hueso, relacionado al trauma de los tejidos y la irritación de las fibras nerviosas sensibles locales que se presentan luego de toda intervención con una intensidad subjetiva variable³⁸.

1.3.5.2 Dolor de etiología infecciosa o secundaria: es aquel dolor donde la reparación biológica viene hacer alterada debido al inicio de una infección ocasionando un dolor de mayor intensidad. Según Espinoza³⁹, el indicio de infección presenta incremento del nivel dolor en la lesión, luego de un período sin dolor y del crecimiento de la tumefacción, principalmente luego del segundo día del periodo post-operatorio en el que manifiesta dolor en la herida de manera pulsátil y con incremento de la temperatura del paciente siendo una manifestación de infección incipiente. Es de suma importancia conocer que las infecciones al no presentarse en el momento de la cirugía la pieza dental retenida, esta se pueda presentar en un lapso de las 72 horas o posterior a la cirugía pero puede haber casos en el que se presenta hasta dos meses posterior a ella³⁸.

El dolor más intenso suele manifestarse entre las primeras 24-72 horas y disminuir lentamente en los días siguientes a la intervención. Prolongándose por un periodo aproximado de una semana (5 a 10 días). Si el dolor persiste posterior al tercer día de la intervención o se exagera ocasionara una alveolitis seca³⁸.

Rara vez el dolor suele producir insomnio y agudizarse por el tacto, los movimientos, etc. Llegando a dificultar la alimentación. Necesariamente se indica al paciente un tratamiento con analgésico antes que termine efecto del anestésico local evitando un fuerte dolor³⁸. El empleo de un opiáceo menor sería oportuno. Recomendando que la indicación analgésicos sea de manera pausada mas no solo condicional al dolor ya que provocaría un episodio con dolor, en donde los medicamentos tardamente resolverían con contratiempo. El dolor que presenta luego de la exodoncia de un tercer cordal es parcial y llega a variar en cada paciente.³⁸

Es de gran importancia la elegir el adecuado anestésico local que se utilizara, teniendo en cuenta que la gran parte de autores reconocen que entre las cuatro a ocho horas posteriores a la exodoncia acostumbra a causar gran dolor. Tal motivo se debe utilizar anestésicos con vasoconstrictor de efecto largo que permitan abarcar al menos 4 a 10 horas posterior al procedimiento.³⁸

Siendo el dolor el síntoma con frecuencia que relatan los pacientes posterior al procedimiento luego que pasa la acción anestésica. Consistiendo en anular el tránsito de impulsos nociceptivos al sistema nervioso central o consiguiendo que el individuo se insensibilice a ellos. La mucosa y el periostio tienen abundante terminaciones nerviosas amielínicas libres y con una sensibilidad extrema; por tal motivo la acción operatoria en los tejidos se debería emplear con mayor sensibilidad.¹⁰

El dolor post-operatorio no permite tener función biológica donde el organismo sepa que algo no funciona bien y el paciente busque medicamento para tratar su problema o enfermedad y si es intenso o persistente podría ser perjudicial para el mismo. Si se presentara dolor por más de 24 horas o a inicios de los 3 o 5 días del proceso quirúrgico a menudo es producto de a una infección.¹⁰

Siendo un proceso normal presente luego de la cirugía, común en retenciones dentarias debido de técnicas cruentas y de escaso cuidado a nivel de tejidos (desgarros del periostio y tejidos blandos) asimismo debido al trauma que afecta a los ganglios linfáticos, suplementario al empleo de los separadores. Este edema localizado logra evitar y prevenir mediante dos maneras; una ejecutando de manera menos traumática posible finalizando con aplicación de compresas de hielo en la piel de la cara. Resolviéndose normalmente antes de los 6 días; al aumentar el calor cutáneo o prolongarse se utilizara antibióticos.¹⁰

Siendo estos síntomas tremendamente fastidiosos para el paciente. Su minimización de dichas manifestaciones influye en la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes de manera directa, logrando un nivel satisfactorio del procedimiento y disminución del temor a estos procedimientos. Consiguiendo el fin trazado, se dispone de un enorme arsenal farmacológico y varias medidas terapéuticas.¹⁰

1.3.6 Causas evitables del dolor postquirúrgico

Olaf, nos dice que si no se manipula los tejidos blandos de manera cuidadosa en el momento del proceso quirúrgico se ocasionara tumefacciones edematosas, retrasos y molestias al momento de cicatrizar. La retracción excesiva en colgajos mal diseñados o utilización de los instrumentos romos y el que las fresas se atasquen en los tejidos blandos son faltas técnicas típicas causantes de consecuencias previsibles. Al ser atado con rigidez las suturas, la tumefacción post-operatorias ocasionara hematomas o formación del edema, la desintegración de la línea de sutura, creando escaras en los tejidos blandos cuyas consecuencias generalmente reaparecerán si el paciente utiliza enjuagues de manera repetitiva después de dos o tres días de haber realizado dicho tratamiento el cual contenga solución salina.³⁸

1.3.7 Factores que interfieren en la cicatrización

El especialista consigue innovar circunstancias que propicien o no el transcurso habitual de cicatrización. Adherirse a principios quirúrgicos y restaurar la secuencia de los tejidos reduciendo la dimensión de la lesión y posteriormente restaurar la situación, facilitando dicha fase de cicatrización³⁸.

1.3.7.1 Factores locales

Dentro de los factores locales se encuentran:³⁸

1.3.7.1.1 Cuerpos extraños

Viene hacer un elemento externo, el cual es detectado por el organismo como extraño que puede ocasionar un beneficio o daño. También se puede decir que viene hacer visto como ajeno por el sistema inmunológico del huésped, dentro de los cuales pueden ser el hilo de sutura o bacterias. Causantes de tres problemas: primer problema; facilitador de difusión de bacterias, causante de infección y perjuicio del huésped; segundo problema; componentes no bacterianos que consiguen obstaculizar la manifestación defensora del huésped causando infección; el tercer problema es aquel que actúa como antígeno desencadenando reparo inmunológico que ocasionan extensa inflamación³⁸.

1.3.7.1.2 Tejido necrótico

Teniendo como causante de dos principales problemas al tejido necrótico. En primer lugar, como barrera de interferencia en cuanto a su acción reparativa de las células. Al no ser eliminada por los leucocitos mediante la fagocitación y lisis, la inflamación incrementara. El segundo viene a formar un nicho fundamental para la proliferación de. El cual contiene sangre acumulándose en la herida (hematoma) formando parte de una fuente de nutrientes los cuales permitirán la multiplicación de bacterias³⁸.

1.3.7.1.3 Isquemia

Esta interfiere en la herida para sanar la herida debido a muchos factores. En los tejidos la isquemia es encargada de promover la necrosis. Causante de la disminución de anticuerpos en cuanto a su migración, leucocitos, antibióticos, entre otros, aumentando la posibilidad de causar una infección, disminuye los nutrientes y el aporte de oxígeno para la restauración de la herida³⁸.

Teniendo como indicadores posibles ha los: presión interna sobre la herida (hematoma), presión externa sobre la herida, diseño incorrecto del colgajo, anemias, ubicación incorrecta de las suturas, entre otros³⁸.

1.3.7.1.4 Tensión

Este es un factor que impide su cicatrización de una herida. Al ser colocada la sutura con una excesiva tensión esta estrangulara los tejidos, causando isquemia. Y al retirarla antes de lo indicado ocasionara que se abra nuevamente la herida causando una cicatriz más grande. Y si es removida tarde podría ocasionar marcas que desfiguran la epitelización que sigue la sutura

También consideraremos como factores locales que obstaculizan la cicatrización: la indebida información y manejo brusco del margen en la lesión, infecciones, irradiación previa sobre la piel, entre otros.³⁸

1.3.7.2 Factores generales

Dentro los factores generales encargados de la obstaculización en el transcurso habitual de la cicatrización, están: 1) Deficiencia de vitamínica y proteica, obstaculizadores de la síntesis de fibroblastos y colágeno. 2) Irradiación por el tratamiento, causantes de la disminución de la capacidad ósea en relaciona restauración y disfunción en cuanto al riego sanguíneo para los maxilares. 3) Vejes, por la edad el organismo disminuye la respuesta debido a la variación a nivel de la capacidad reparadora y la actividad celular. 4) Trastornos metabólicos (hipercalcemia, diabetes), encargados de reparación de los tejidos de manera pobre y decreciendo en relación a su reacción a la infección. 5) Trastornos causados por medicamentos (inmunosupresores, anti metabólicos) y hormonales³⁸. También está, la ubicación de la lesión y su extensión de está jugando un factor fundamental donde la zona con gran aportación vascular en el transcurso de cicatrización siendo preciso. Teniendo en cuenta que si la herida es amplia demorara su recuperación a diferencia de una con menor tamaño.³⁸

1.3.7.2.1 Traumatismo

1.3.7.2.1.1 Lesión de partes blandas vecinas.

Si por descuido o la técnica es inapropiada provocara rasgado en mucosa gingival, carrillos, labios, lengua, etc., suturando de manera cuidadosa utilizando nylon cinco ceros seda negra tres ceros³⁹.

1.3.7.1.2 Lesión de troncos nerviosos

El traumatismo directo ocasionara la lesión en los troncos nerviosos, por descuido, desgarró, succión o aplastamiento, corte, comúnmente por accidente y la gran parte debido al desconocimiento o actualización de las técnicas y la anatomía de la zona. Causando la mayoría de las veces parestesias temporales o permanentes, neuralgias y neuritis terminando con tratamiento tipo: fisioterapia, vitaminas de tipo complejo B y antineuríticos³⁹.

Siendo la complicación con mayor consideración ocurridas durante o en la intervención del tercer cordal inferior³⁸. Donde se afecta con mayor frecuencia el nervio dentario inferior y de frecuencia menor al nervio lingual y bucal con 0.6-5%. Cuyo peligro de afectar el nervio dentario inferior en la terapéutica del molar inferior es de 0.5-5%, y la recuperación de mayoría de los problemas de forma espontánea es < 1% de la tasa de lesiones permanentes. Teniendo como mejor a la recuperación del nervio alveolar inferior y es posible atribuirle que por ser un nervio intra-óseo los terminaciones con daños se aproximarán mejor espontáneamente³⁸.

1.3.7.1.3 Periodontitis traumática

Causado por el apoyo indebido del elevador en las piezas dentarias vecinas. Con frecuencia se observa que afecta al segundo molar inferior observado como resultado de la exodoncia del molar. A consecuencia de la impactación de alimento con la lisis ósea y el enclavamiento del cordal llegan a influir con la pérdida ósea correspondiente³⁹.

1.3.7.1.4 Recesión gingival

Se registra después de haber realizado procedimiento como un mal diseño de colgajo, deficiente sutura o hubo desgarro. Afectando la estética o la instauración de una hiperestesia dentinaria.³⁸

1.3.7.1.5 Fractura mandibular

Esta lesión suele presentarse después o como consecuencia secundaria a la extracción debido a un acto con trauma indirecto o directo. Causado al momento de masticar debido a una extensa osteotomía. Presentándose en las 2 semanas primeras posterior a la exodoncia.³⁹

1.3.7.1.6 Alteraciones de la ATM

Iniciando con una sencilla dificultad muscular a una severa disfunción discal relacionadas al tercer molar debido a la alteración que causa en la oclusión dentaria y con alteraciones que refleja en la articulación.³⁸

1.3.7.1.7 Dehiscencia

Según Hupp, la dehiscencia de la herida es uno de los problemas del retraso de la cicatrización. Si el colgajo de tejido blando se restablece y es suturada no presenta un soporte óseo adecuado, esta procederá a separarse y colapsara a la dimensión del trazo de incisión y como causa segunda es aquella herida que fue suturada con tensión.³⁸

1.3.7.1.8 Hematomas

Es aquella producida por el pinchazo inadvertido sobre un capilar sanguíneo, cuya dimensión es localizada y mínima. Tratados en el periodo de las seis primeras horas con intervalo de 10 minutos y aplicación de hielo en la zona, con la finalidad de producir vasoconstricción local y completando con el tratamiento,

Adel Martínez, dice que al presentar dolor se procede al uso un analgésico de acción leve³⁸.

1.3.7.9 Inflamación

Viene hacer principal respuesta de tipo protector; al no presentarse este el proceso las infecciones se extenderían de manera descontrolada, los tejidos lesionados presentarían lesiones supurativas de forma permanente y las heridas no se curarían nunca ³⁸. El buen progreso durante las primeras 48 horas del proceso quirúrgico de los terceros cordales inferiores procede a obligar a interrumpir sus actividades diarias por 3 a 5 días.³⁸

Dicha inflamación se incrementa con un punto máximo entre 48-72 horas posterior al procedimiento de la intervención del tercer cordal inferior, al no presentar dificultad infecciosa alguna la inflamación descenderá a inicio del 3 o 4 día del post-operatorio.³⁸

La inflamación viene hacer un resultado complejo indefinido de un vascularizado tejido ante una sustancia extraña o injuria, esta acción esta fundamentalmente enlazada con la transformación de reparar, llegando a reemplaza por tejido vivo al tejido destruido o perdido. La reparación tiene un inicio en una etapa primaria de la inflamación, la cual sigue y llega a finalizar posterior al eliminar el agente agresor.¹⁰ Entonces la inflamación viene hacer una defensa del organismo, indicando una señal de alarma, destruyendo al agresor y reparando; pero hay oportunidades que expresa daño provocando síntomas y complicaciones.

Esta es de manera aguda o crónica, donde se encuentra a la inflamación post-quirúrgica y aguda.¹⁰

El desarrollo inflamatorio suele presentar síntomas y signos tanto regional, local y sistémicos (se observa en casos graves extendidos más ala del tejido tocado). Dichas variaciones locales denominados señales cardinales de la inflamación, dentro ellos estas: ¹⁰

- Dolor
- Aumento de la temperatura local conocido como calor.
- Enrojecimiento o eritema conocido como rubor
- Aumento de volumen, edema conocido como tumor.¹⁰

Al presentarse la inflamación de manera más intensa pueden presentarse adenitis donde aparecen variaciones regionales como es la inflamación de los ganglios linfáticos próximo a del sitio inflamado.¹⁰

Al ser más más grave el proceso inflamatorio se observaran síntomas y signos vagos tales son: aumento de temperatura, desanimo, falta del apetito, cambios en las proteínas séricas y en el hemograma.¹⁰

La inflamación, es una cascada de reacciones bioquímicas causantes de diferentes sustancias como son, los tromboxanos, leucotrienos, prostaglandinas, prostenoides o epóxidos, responsables a medida de algunas concentraciones histo-clínicas y sus consecuencias¹⁰. Donde la histamina y las quininas plasmáticas van a dilatar los vasos de la micro-vasculatura y elevan la absorción de la pared vascular. Extravasándose a los tejidos conectivos las proteínas vasculares de gran proporción. Causando edema debido a que fluido tisular de los vasos. No suficiente con incremento del edema, las quininas plasmáticas van a estimular de manera directa a las fibras dolorosas. Siendo uno de los primordiales objetivos del estomatólogo es conseguir al máximo la disminución de posteriores síntomas de una intervención quirúrgica. Para esto es esencial conocer la fisiopatogenia de la inflamación post-operatoria³⁸.

1.3.7.10 Hemorragias

Viene hacer todo acto quirúrgico primordial y necesario para progreso de la curación. Considerando a que el individuo no presenta alguna variación de la coagulación y hemorragia ocurridas a las 2 o 3 horas de haber sido intervenido quirúrgicamente y en su mayoría se deberá al resultado vasodilatador producido en el proceso terapéutico y también al resultado vasoconstrictor de la anestesia local dejándolo actuar. Mayormente el sangrado se puede aliviar mediante la comprensión con gasa

por unos minutos, será capaz de resolver la situación. Al no ser de gran ayuda dicho procedimiento la otra alternativa sería la sutura en el punto de hemorragia se pinzara el vaso sangrante suturándolo y si la hemorragia se da en capilares, también se puede usar la acomodación de una malla celulosa de fibrina y la sutura. Hacer presión con gasa estéril es idóneo la utilización en tiempo corto dicho caso se resuelva que vendría hacer otra alternativa de tratamiento ideal.³⁸

1.3.7.11 Edemas

Este es relacionado con el grado de trauma que se realizó de manera directa sobre los tejidos al momento de la des-inclusión. Teniendo como principal medicación al uso de Betametasona por vía oral antes y después del proceso quirúrgico. Teniendo en cuenta la combinación de Metilprednisolona con Ibuprofeno tendrá excelente acto antiinflamatorio y analgésico, evitando que aparezca edema post-operatorio. Considerando mientras más dura el proceso operatorio, existirá una mayor lesión en los tejidos y por consiguiente mayor edema.³⁸

Uno de los efectos normales que se presente después de la intervención es la tumefacción culminando a las veinte y cuatro o cuarenta y ocho horas y remitiendo dentro del tercer día a cuarto, desapareciendo completamente a una semana. Aquella que persiste posterior a la cirugía o inicia varios días después suele ser de causa infecciosa. Distinguiéndose del edema postoperatorio por la presencia de mayor temperatura cutánea, frecuencia de fiebre y mayor enrojecimiento.³⁸

1.3.7.12 Infección

La cavidad bucal consta con un alta microbiana oral donde alberga gérmenes aeróbicos y anaeróbicos. Con repercusión de infección es variable en la intervención del tercer cordal consta de 3-5%. Siendo más elevada para los molares inferiores, en especial los impactados que refleja un aumento del trauma quirúrgico. Recomendándose algunas medidas que permiten evitarlas como: realizar un proceso aséptico, meticuloso de los tejidos, hemostasia, lavado exhaustivo del lugar de la exodoncia. Pudiendo ser³⁸:

1.3.7.12.1 Inmediatas

Continuamente al realizar un tratamiento terapéutico quirúrgico habrá peligro de infección, siendo motivo para el especialista debe prescribir antibiótico y se observa que la infección se instaura se procederá a cambiar el antibiótico³⁸. Ya que podría producir una alveolitis, siendo un procedimiento doloroso y pausado de solucionarse. Si es una alveolitis seca, se procede a inducir sangrado con la legra en el alveolo y acompañarlo con un antibiótico de espectro amplio; pudiendo utilizar como coadyuvante a la ozonoterapia y laser, enjuagues de agua oxigenada rebajados al 50% o clorhexidina. La alveolitis con supuración será tratada similar a las anteriores excluyendo la actuación quirúrgica para evitar estas complicaciones por diseminación³⁸.

1.3.7.12.2 Diferidas

Entre las diferidas se tiene a la periostitis y la osteítis las cuales producen abscesos migratorios presentando complicaciones infecciosas³⁸. Donde la periostitis, se cree que vienen hacer resultados de terceras infecciones asociadas (absceso, alveolitis, osteítis), donde el periostio que es rico en linfocitos se va a contaminar y producir una prominencia consistente levemente dolorosa denominado flemón leñoso; conviniendo proceder con una terapia anti-infecciosa completa (antiinflamatorio, antibiótico, laser, ozono, etc.). Remitiendo dicho procedimiento de manera lenta a un plazo de 20-30 días. La osteítis podría presentarse como consecuencia de una diminuta astilla ósea producto de la osteotomía producto de la extracción de un molar. Llegando a ser tratado con antibioterapia, colutorios, etc. Idéntica a las infecciones anteriores.³⁸

La osteomielitis, se presenta rara vez como complicación post-exodoncia. Mayormente se ven la del maxilar inferior debido a la pobre vascularización haciéndole más propenso a sufrir infecciones, debido a la mala vascularización se produce una lesión difusa. Al instaurarse o producir un tumor con evasión hacia afuera, será obligatorio drenar consiguiendo eliminar la supuración mediante el drenaje (tubo, tejadillo, etc.) manteniéndolo por horas logrando que salga en su totalidad la pus almacenado. Teniendo en cuenta la antibioticoterapia se instaura en todos los procedimientos explicados.³⁸

1.3.7.13 Trismo

Viene hacer el inconveniente al momento de la apertura bucal, forman una supresión un poco considerable en relación al movimiento de la mandíbula imposibilitando la abertura bucal. Presentándose a las 24 - 48 horas posterior a la exodoncia y en los pacientes que se realizaron colgajo muco-perióstico han sufrido un trismo importante y dolor después de la práctica quirúrgica. Hay aprobación donde afirmar que seda la recuperación del trismo continuo posterior al retiro de los puntos.³⁸

1.3.7.14 Alveolitis

Según Villafranca, viene hacer la infección del alvéolo dentario. Presentada colateral a la extracción de una pieza dentaria. Con mayor frecuencia en el maxilar inferior a diferencia del superior ya que la mandíbula presenta el hueso más compacto, ocasionando disminuir la barrera defensiva del cortical debido a su densidad y posee una irrigación terminal. La alveolitis se muestra como un dolor posterior a la cirugía, incrementando en algún instante en el primer y tercer día pos-extracción, paralelo a una disgregación de manera parcial o total del coágulo sanguíneo intra-alveolar seguido o no de halitosis y alrededor del alveolo dentario ³⁸.

1.3.7.14.1 Alveolitis seca

Gwendolen³⁸, nos dice que es una complicación posterior que se presenta tras la exodoncia de la pieza dentaria, definiéndola como una inflamación del alveolo presentándose como desarrollo patológico donde se une la cicatrización con una inflamación localizada y la pérdida del coagulo de sangre.

Si la inflamación sobrepasara las paredes alveolares, nos encontraríamos frente a la osteítis localizada. La concurrencia de presentarse la alveolitis es referida a un margen extenso, desde el 1 % hasta el 70 %. Aceptándose generalmente con mayor incidencia a la que aparece subsiguiente a la exodoncia de terceros cordales retenidos, con una tasa de 20-30 % de exodoncias, diez veces superior a la demás exodoncias dentales. Con presencia de dolor constante, provocador y violento, emanándose y exacerbándose al momento de la trituración de los alimentos,

impidiendo su actividad normal del paciente en la gran mayoría de casos, en especial el sueño.³⁸

1.3.7.14.2 Alveolitis húmeda o supurada

Es aquella infección del alveolo y del coagulo. Presentándose como una inflamación de mayor predominio; donde podemos encontrar un alvéolo con abundante exudado y sangrante. En la mayoría de casos es producida como reacción a elementos extraños adentro del alvéolo después a la exodoncia de la pieza dental. El dolor es provocado, menos espontaneo e intenso.³⁸

1.3.7.14.3 Alveolitis marginal superficial

Esta infección es moderada, cambiante a la precedente afectando solo a nivel de zonas óseas superficiales.³⁸

1.3.7.15 Tratamiento farmacológico

Los fármacos utilizados para el malestar post-quirúrgicos están los analgésicos, antibióticos, antiinflamatorios, antisépticos.³⁸

La farmacología viene hacer la ciencia encargada de estudiar la interrelación de las moléculas con sistemas vivos, en especial de materias químicas al ser introducidos a un sistema a partir del exterior. Un medicamento es una molécula que al ser introducida altera la acción del organismo atreves de intercambios del grado molecular.¹⁰

Teniendo como principios medicamentoso en dos clases de grupos:

- La farmacocinética se encarga de estudiar los procesos por los cuales un fármaco es sometido al estar dentro de un cuerpo, abreviado por las siglas LADME (Liberar, Absorber, Distribuir, Metabolizar, Excretar del medicamento).¹⁰

- La farmacodinamia viene hacer el efecto del medicamento asía el organismo. Analizando entre la cantidad de medicamento y sus resultados fisiológico, bioquímico y mecanismo por lo que se da dichos efectos.¹⁰

En la farmacología hay dos grupos principales en cuanto a los antiinflamatorios.¹¹

- a) Los glucocorticoides o antiinflamatorios esteroides, siendo los más fuertes antiinflamatorios.¹⁰
- b) Los analgésicos, antipiréticos, AINES o medicamento como la aspirina.¹⁰

Los analgésicos y antiinflamatorios de mayor utilización en cuanto a la farmacoterapia post-quirúrgica en la intervención oral:

1.3.7.15.1 AINES

Antiinflamatorios no esteroideos (AINES), constituyen un grupo heterogéneo de compuestos, donde la mayoría comparten las tres acciones y efectos colaterales (analgésicos, antitérmicos y antiinflamatorios), que lo definen y frecuentemente no son concurrente químicamente (no obstante la mayoría son ácidos orgánicos). Pero su eficacia relativamente para cada una ellas es diferente.¹⁰

El mecanismo de acción de antiinflamatorios no esteroideos, van a inhibir la acción de la enzima ciclo-oxigenasa (COX), terminando con el descenso de la síntesis de prostaglandinas y el valor a nivel del dolor, inflamación, fiebre y su acción variada en distintos tejidos responsables de la mayoría de los efectos terapéuticos de AINES.¹⁰

En cirugía bucal los fármacos con mayor utilización vienen hacer los analgésicos no opioides, AINES, la unión de estos y ciertos problemas los analgésicos opioides o combinación de estas más los precedentes. Donde no dependerá éxito del desarrollo de nuevos fármacos, más bien del destacado uso de los que ya hay. Los antiinflamatorios no esteroideos inhiben la productividad de prostaglandinas que consiguen disminuir la sensibilidad periférica y central causada por el estímulo nocivo y disminuyendo el dolor.¹⁰

En el sondeo ejecutada en maxilofaciales, cirujanos dentistas, cirujanos bucales alemanes se verifico que, el 47 % de los cirujanos dentistas indican o mandan a tomar analgésicos antes que empiece dolor, teniendo como el de mayor empleo es el acetaminofén. A diferencia de los cirujanos, cirujanos bucales como maxilofaciales priorizan a los AINEs y el 73% lo recomiendan para prevenir.²⁷ Por otro lado, la ONG Seymour, con evidencia recomienda la combinación de AINES con paracetamol eficaz frente al manejo del dolor.²⁷

El principal éxito de la unión y el uso individual de los medicamentos, se basará en el mecanismo de acción ya que los AINES actuaran primordialmente en el área periférica a diferencia del acetaminofén que es el área central.²⁷

El otro medicamento de similar utilidad del grupo, es el metamizol, ya que tiene superior acción analgésica al paracetamol con mínima actividad gastrolesiva por más que tengan las mismas características de los AINE. Usada en dosis de 575 mg de una a cuatro veces por día y por mucho 2g por intervalos de 8-12 horas en dolores severos.¹⁰

Dentro de los aines más usados en estomatología son: Ibuprofeno, Diclofenaco, Aspirina, Paracetamol, Naproxeno, Ketoprofeno, Clonixinato de Lisina, Ketorolaco, -Dipirona o Metamizol.

- Ibuprofeno 400 mg con intervalos de 6 horas, el día del procedimiento.
- Diclofenaco 50 mg con intervalos de 8 horas, el día de la terapéutica.
- Aspirina 500 mg cada 8 horas, el día de la cirugía.
- Paracetamol 500 mg acompañado de diclofenaco 50 mg con intervalo de 4 horas solo el primer día y con intervalos de 6 horas al día siguiente de la terapéutica.
- Naproxeno 550 mg con intervalo de 6 horas por el 1er día y el día posterior a la terapéutica cada 8 horas

- Ketoprofeno 100mg cada 12 horas, el día de la intervención.
- Clonixinato de lisina 125mg cada 8 horas, el día.
- Diprofona o Metamizol 1g acompañado de diclofenaco 50 mg con intervalos 4 horas el primer día y cada 6 horas a partir del segundo día de la intervención.¹⁰

Los medicamentos derivados del ácido propionico de acción antiinflamatoria potente, prescritos en procedimientos inflamatorios post-quirúrgicos son: ibuprofeno, naproxeno, ketoprofeno. Destacando de ellos por su acción antiinflamatoria y el sin número de estudios publicados en relación a la exodoncia de molares incluidos viene hacer el ibuprofeno siendo el más usado actualmente en cirugía bucal.²⁹

El ibuprofeno es indicado en dosis de 200-400mg cada 4 - 6 horas, dosis efectiva y suficientemente seguro en dolores leves o hasta moderados; pudiéndose aumentar a 600 mg cada 6-8 horas, si exceder de 2400 mg/día, considerando que a esta concentración su dosis del medicamento tendrá efecto a nivel de los AINE en relación a sus reacciones adversas.²⁹

Dentro de los inhibidores selectivos de ciclooxigenasa-2, que se mostraron hace algunos años en el mercado como son: celecoxib, rofecoxib, etc. originando excelentes expectativas porque debido a que su acción gastrolesiva es baja.²⁹

No obstante continúan presentándose investigaciones demostrando la buena eficiencia en relación a la exodoncia del tercer cordal, su empleo medico revelo un incremento esencial de peligro de alteraciones cardiovasculares de carácter trombótico: accidentes cerebrovasculares e infarto agudo de miocardio.²⁹

Los AINES encargados de obstaculizar la vía de la Ciclooxigenasa, la Lipooxigenasa así como el ketoprofeno y diclofenaco tienen ventaja en relación a eficacia y seguridad, ante los que solo inhiben la vía de ciclooxigenasa.³⁰

1.3.7.15.2 Los corticoides y Glucocorticoides

Son hormonas segregadas por las glándulas suprarrenales, siendo medicamentos con gran acción potencial antiinflamatoria con los que se cuenta en la actualidad.³¹

Los inductores de síntesis de proteínas endógenas, encargadas de bloquear la acción enzimática de fosfolipasa A2. Al obstaculizar liberación de ácido araquidónico mediante los constituyentes de la membrana celular en este nivel, logrando impedir los leucotrienos, síntesis de prostaglandinas. Siendo estos resultados fundamentos de uso clínico, colateralmente causantes de efectos graves iniciados por administración crónica de corticoides.³¹

Hay bastante prueba científica sobre los corticoides, dosis medias y en cortos días, logran disminuir de forma considerable los síntomas post-operatorios en el tipo de exodoncia de los molares incluidos, significando que tiene mayor acción farmacológica, que los antiinflamatorios usados habitualmente en diferentes casos. Por consiguiente, los profesionales son suspicaces en cuanto al uso en odontología de estos fármacos debido al temor de sus reacciones adversas y sumado el desconocer el manejo de éstos fármacos a consecuencia dejan de lado resultados beneficiosos que aportaría el uso racional al paciente al ser necesitado su administración.²⁹

De estudios publicados se puede extraer que la utilización en intervenciones quirúrgicas a nivel bucal está extensamente sugerido y puesto en práctica, en el que se debe conservar para aquellos procedimientos elegidos donde existe lesión quirúrgica con alto riesgo de edema. Esto implica el no uso recomendable de manera habitual.¹⁰

Entre los medicamentos con mayor estudio está la Metilprednisolona (dosis de 40 mg y los 125 en un procedimiento alta complejidad), y la dexametasona (dosis de 4 mg y 8 mg), indicados ya sea intra-muscular o vía oral en los estudios.²⁹

El analgésico-antiinflamatorio ideal viene hacer el que tiene acción elevada, con eficiencia, sencilla administración, adecuada posología, sin daños colaterales,

faltante de interacciones farmacológicas y con una buena correlación costo beneficio.¹⁰

Existe una variedad de estudios sobre el uso racional y el tratamiento adecuado, de fármacos posterior a la extracción, que han permitido dirigir a los especialistas de la estomatología en cuanto a la indicación de medicamentos con eficacia en el dolor posterior a la cirugía que fueron certificadas, logrando de esta manera un eficaz resultado post-operatorio en los pacientes³².

Con la investigación de Battellino en el año 1993, con respecto al grado de conocimiento y comportamiento farmacoterapéutica de los estomatólogos, se puede manifestar según la encuesta que los estomatólogos respondieron incorrectamente o su desconocimiento de la respuesta a las preguntas formuladas en esta; sobre la farmacoterapéutica de los antimicrobianos y analgésicos-antiinflamatorios que principalmente prescribían a los pacientes.³²

Pozos y col. en el año 2008, determinaron según sus investigaciones la utilización de manera óptima los medicamentos con la finalidad de aminorar de forma efectiva el dolor causado en las diversas intervenciones quirúrgicas. Los cuales plasmaron los resultados generales de la siguiente manera: a) exterminar el comienzo del dolor; b) personalizar procedimiento centrado en la forma y grado del dolor y lo experimentado por el paciente frente a un tratamiento estomatológico; c) recurrir con menos frecuencia a la utilización de opioides lo más posible; d) examinar las vía de administración, cantidad y programación de utilización de los analgésicos, e) No se debe administrar de forma prolongada los diferentes medicamentos.³³

De acuerdo con los estudios realizados por Graos y Perea en el año 2007, con relación al tratamiento analgésico posterior a la cirugía en los pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Odontología Pediátrico de la Clínica Estomatológica Central Cayetano Heredia (2000-2004), en el que según su investigación determinaron que el Ketorolaco fue el mayor recomendación en las extracciones de las piezas dentarias retenidas. Y en cuanto a la extracción de las piezas dentarias supernumerarias los analgésicos que fueron administrados en primera elección son el Ketorolaco y el Naproxeno Sódico.³⁴

De la Cruz en el año 2013, ejecuto una investigación con respecto al conocimiento de la prescripción de los medicamento con respecto a pacientes adultos, en los alumnos de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el 2013. Basándose en un cuestionario donde se mide el grado de conocimiento de los alumnos; para lo cual se tomó como muestra 100 alumnos, con el objetivo de medir sus conocimientos en el punto antes mencionado lo cual se pudo demostrar que dichos alumnos consideran como importantes para el especialista solo 4 aspectos que son, farmacología básica, AINES, antibióticos y anestésicos locales. Lo cual demuestra que el grado de conocimiento es insuficiente en los alumnos matriculados en la Clínica Estomatológica Alas Peruanas con respecto a la prescripción farmacológica.³⁵

Altamirano en el 2015³⁶, hizo una investigación a cerca del grado de conocimiento de la prescripción farmacológica antiinflamatoria odontopediátrica de los alumnos que se encuentran matriculados en Clínica Integral Pediátrica en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán en 2015. Obteniendo un resultado del 96.70% de los alumnos cursantes de Clínica Integral Pediátrica se encuentran con un grado de conocimiento malo en relación a la prescripción farmacológica antiinflamatoria odontopediátrica y el 3.3 % del grado de conocimiento es regular. Llegando a la conclusión que el grado de conocimientos con respecto a la prescripción farmacológica antiinflamatoria odontopediátrica, resulta malo en los alumnos que cursan Clínica Integral Pediátrica en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán.³⁶

Pisfil en el 2015, estudio realizado sobre el nivel de conocimiento con respecto a anestésicos locales de los alumnos de quinto y sexto año de la escuela de estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo, 2015. Concluyendo que no tiene relación estadística de consideración entre el grado de conocimiento con respecto a los anestésicos locales entre el género y el año de estudios; sobresaliendo el nivel regular con un 52.4% en alumnos de quinto año y 46.4% en los alumnos de sexto año.¹⁰

García, A. (2016). Perú. En su estudio titulado “prescripciones farmacológicas frecuentes para exodoncia manejado por los cirujanos dentistas del distrito de Chachapoyas 2016”, encontró que del 100% (25), de cirujanos dentistas el 76% (19), prescriben AINES Post-exodoncia simple²⁷. Y el AINE, más utilizado es ibuprofeno 56% (14), 56% (14), no prescribe ningún antibiótico después de una exodoncia simple, 44% (11), prescriben penicilinas siendo en su mayoría amoxicilina 40% (10), en exodoncias complejas el 56% (14), prescribe AINES, posterior a una extracción compleja teniendo como más utilizado al naproxeno sódico 32% (8), y el corticoide más utilizado, dexametasona + diclofenaco 20% (5), el tipo de antibiótico fueron las penicilinas 68%(17), siendo la amoxicilina + ácido clavulánico 32% (8) los más utilizados post- exodoncia compleja. En conclusión los cirujanos dentistas que laboran en Chachapoyas prescriben en su mayoría ibuprofeno y no prescriben antibióticos post-exodoncia simple, y naproxeno sódico y amoxicilina + ácido clavulánico como antibiótico para exodoncia compleja²⁷.

En la aérea farmacológica se logró crear una revolución trascendental, en cual el estomatólogo debe familiarizarse con los medicamentos que se apliquen en el manejo del dolor e inflamación²⁷.

Los AINES son los medicamentos auxiliares más utilizados en cuanto al tratamiento del dolor e inflamación postoperatoria. Se disputa el uso de estos medicamentos, cuya principal causa es el desconocimiento de los mismos, cayendo en una fácil rutina en la prescripción del fármaco que cumpla su objetivo principal, ya que no solo basta saber presentación, dosis que se indica a la medida. En la gran parte de los casos los odontólogos se dejan influir con la publicidad farmacéutica en nuestra área, dando por alto su acción farmacocinética, farmacodinamia, reacción adversa e interacción posible con otros medicamentos¹⁰.

1.3.7.15.3 Opioides

El grupo de analgésicos opioides se pueden combinar con el paracetamol o con AINEs, logrando crecer la acción analgésico. Destacando la codeína, ya que es un buen analgésico que en dosis de 30-60 mg, con intervalos de 6-8 horas ya sea de

forma aislada o complementada con un AINE o al paracetamol. Existiendo combinaciones comerciales clásicas, que logran resultado efectivos en las distintas investigaciones sobre el dolor posterior a la intervención quirúrgica.¹⁰

El tramadol pertenece a la familia de opioide de gran acción analgésica como la codeína, obteniendo resultados óptimos con menores efectos adversos en dosis única de 100 mg, pudiendo aplicarse en algunas situaciones de 50-100 mg en intervalos de 6-8 horas. Definitivamente se tiene que estar pendiente de las reacciones adversas que puede generar que pueden ser: el vómito, la somnolencia, estreñimiento, mareo, etc.¹⁰

Entre los fármacos mencionados anteriormente dependerá su uso, según el grado de dolor presente en el paciente, reservándose el uso de opioides en situaciones de mucho dolor, teniendo gran importancia el conocimiento del odontólogo en cuanto a su manejo del fármaco¹⁰.

1.3.7.15.4 Antibiótico

Vienen hacer sustancias elaboradas de diferentes tipos de microorganismos (bacterias, hongos) que impiden o suprimen el desarrollo y multiplicación de distintos gérmenes o hasta llegar a destruirlos²⁹. Se puede afirmar que son sustancias químicas de origen sintético como: las sulfonamidas bacteriostáticas de amplio espectro y quinolonas. Para la indicación de antibióticos se necesita tener conocimiento de los microorganismos que causan dicha infección y así escoger el fármaco idóneo encargados de reducir el aumento de la resistencia bacteriana y sus reacciones adversas, la indicación de antibióticos se reservara solamente en casos que su eficacia fue demostrada.²⁹

Las investigaciones nos confirman que los antibióticos tienen acciones diferentes, algunos son de amplio espectro, los cuales actúan en una gran variedad de bacterias; y otros de espectro reducido que actúan en menos variedad de bacterias ya sea gram positivas o gram negativas.²⁹

En la familia de los antibióticos están las penicilinas que vienen hacer fármacos de primera elección en cuanto a tratar infecciones orofaciales agudas.⁴⁰ mientras que, dentro ellas están la amoxicilina, la ampicilina y fenoximetilpenicilina que no pueden combatir los cocos aerobios gram positivos y los bacilos anaerobios gram negativos, siendo en su conjunto son causantes de infecciones bucales agudas. No obstante, teniendo en cuenta que la amoxicilina es de gran aprobación por su óptima y veloz absorción, por conseguir niveles sanguíneos elevados, permitiendo potenciar en el transcurso de dosis a dosis hasta cuando hay alimentos de por medio.⁴¹

En cuanto a las cefalosporinas no deberían considerarse como medicamentos de primera elección en cuanto a la terapia de infecciones estomatológicas, en el consultorio. A pesar de presentar amplio espectro de acción biológica al de las penicilinas, ya que no tienen eficacia con las bacterias prevalentes aislándose en la mayoría de las infecciones bucales agudas.⁴⁰

Pudiéndose utilizar en profilaxis de la endocarditis bacteriana, siendo opción las penicilinas, en pacientes que presentan alergia según las sugerencias de la American Heart Association.⁴⁰

El metronidazol tiene eficacia alta en relación a los bacilos anaeróbicos gram negativos, lo cual lo hace de mayor uso en la terapia de infecciones agudas como: abscesos periapicales, pericoronitis y la gingivitis ulcerativa necrotizante⁴⁰.

En la terapéutica de infecciones periodontales crónicas, en cuanto a suplemento en el RAR y alisado radicular, al asociar el metronidazol y la amoxicilina presentan un valioso sinergismo efectiva para el *Actinobacillus Actinomycetemcomitans*, primordial bacteria causantes de periodontitis agresivas.⁴⁰

La Eritromicina, es un antibiótico bacteriostático perteneciente a los macrólidos, utilizándose asimismo en la terapéutica de infecciones bacterianas leves a moderadas, en el periodo inicial, en pacientes alérgicos a las penicilinas. Y jamás deberá ser usado este antibiótico como primera elección.⁴⁰

En la actualidad, los macrólidos como la Azitromicina y Claritromicina, cuya eficiencia en la terapéutica de abscesos periapicales habiendo sido verificado debido al gran incremento de la defensa bacteriana de ciertas cepas de *Streptococcus Viridans* relación a la Eritromicina. Teniendo en cuenta que su utilización de estos antibióticos son afiliados a una inferior repercusión de consecuencias adversas gastrointestinales y en cuanto a los niveles tisulares elevados y duraderos, permitiendo una posología de dosis diaria o unica.¹⁶

Del grupo de lincosamidas; la Clindamicina en relación a la praxis estomatológica regularmente es seleccionada en procedimientos de infecciones avanzadas. Su uso debe ser reservado, ya que en ocasiones pasa hacer la primera opción de elección en pacientes con alergias a las penicilinas, ya sea en el terapéutica de infecciones graves (como puede ser en el entorno hospitalario) o profilaxis de la endocarditis bacteriana. Su utilización indiscriminada solo favorecerá la renuencia bacteriana. Comúnmente es utilizada de manera aislada sin requerir acompañarla con el metronidazol.⁴⁰

Entre los más utilizados tenemos:²⁹

Amoxicilina

Esta penicilina es semi-sintética con acción idéntica a la ampicilina, de superior biodisponibilidad, ocasionando unos altos grados de antibiótico en la sangre y con menores consecuencias gastrointestinales (como diarrea) a la ampicilina por vía oral. Debido a su mejor absorción gastrointestinal, con actividad antibacteriana superior, pero no es firme ante las betalactamasas.²⁹

Farmacocinética: este antibiótico tiene estabilidad en un medio ácido ante los jugos gástricos. Se administra por vía oral, sin interferencia en cuanto a las comidas. Su absorción es rápida una vez administrada, llegando alcanzar grado máximo en 1-2.5 horas²⁹. Difundiéndose correctamente gran parte de los líquidos orgánicos y tejidos. No se propaga por medio del líquido cefalorraquídeo, ni tejido cerebral, solo si se encuentran las meninges inflamadas. Su vida media del antibiótico es 61,3 min. Donde 75% es excretada por medio de la orina sin alteraciones mediante la filtración

glomerular y la excreción tubular, siendo más lenta en los pacientes que presentan insuficiencia renal, los cuales requerirán regulación de las dosis.²⁹

Farmacodinamia: **Rosenstein E**, México (2006). Guía de prescripción en odontología. Los antibióticos betalactámicos como la amoxicilina son bactericidas que al actuar inhiben finalizar el periodo de la síntesis de la pared celular bacteriana llegando a unirse a las proteínas específicas llamadas PBPs (Penicillin-BindingProteins) encontradas en la pared celular obstaculizando se construya correctamente, ocasionando por último lisis de la bacteria y su muerte²⁹.

La amoxicilina no tolera la acción hidrolítica de las beta-lactamasas de varios estafilococos, debido a tal motivo no se utiliza en el terapia de estafilococias. A pesar de que se activa en cuanto a los estreptococos, la mayoría de cepas se volvieron fuertes a través de mecanismos variados de la inducción de betalactamasas, siendo tal motivo, la agregación del ácido clavulánico no incrementa la acción de la amoxicilina ante las cepas resistentes.²⁹

Indicaciones: Está recetada en los proceso de infecciones sistémicas o localizadas; originadas debido microorganismos gram-positivos y gram-negativos sensibles, a nivel del sistema respiratorio, tracto genitourinario o gastrointestinal, tejidos blandos, piel, odonto-estomatológicas y neurológicas.²⁹ En la precaución de endocarditis bacterianas (causada por bacteriemias posterior a la maniobra de extraer el diente)²⁹.

Contraindicaciones: En pacientes que tienen alergias conocidas a las penicilinas, cefalosporinas o al imipenem. Se cataloga en la categoría B en cuanto al riesgo en el embarazo. Pero se debería utilizar con mucha cautela en enfermos con leucemia linfática, susceptibles al rash, en enfermos de SIDA, diferentes infecciones virales y en particularmente en los pacientes que presentan mononucleosis.²⁹

Dosis: según Ortiz²⁹, la administración es de 500 mg con intervalos de 8 horas o 750 mg 2-3 veces por día. Aumentándose la dosificación en infecciones severas ocasionadas por gérmenes sensibles. Dicha terapia tiende a ser en 7 a 10 días. Sin interferencia significativa de la presencia de alimentos en el estómago.²⁹

En los últimos años ha evolucionado de manera significativa en el área de los antibióticos usados en la estomatología. Fleming, en 1929, halló la penicilina (“droga milagrosa”); en la actualidad nos encontramos encubiertos ante una gran diversidad de cepas aerobias y anaerobias, en las cuales las penicilinas no se consideran medicamentos de única elección, ya que la gran cantidad de las infecciones odontógenas ocasionadas por microorganismos que son resistentes a la penicilina.¹¹

Las actuales pruebas en la ineptitud del procedimiento quirúrgico y mecánico para desaparecer total la etiología bacteriana así como la obligación de reemplazar un tratamiento con antibióticos de manera empírica, que se apoya en experiencia personal y el sentido común, por una información científica fundamental con apoyos en pesquisas de laboratorio, han procedido incitando esta persistente evolución.⁴⁵

De acuerdo con la regla general, la utilización de agentes antimicrobianos se fue adaptando personalizando a cada individuo, determinando el supuesto o probado agente etiológico, la grandeza de la infección y el sitio anatómico afectado¹³.

Su opción del antibiótico se debe en su poder, el descenso de su toxicidad, seguridad y valor aceptable, añadiéndose unas propiedades farmacocinéticas beneficiosas. En la gran parte de sucesos se efectúa un procedimiento empírico, ósea, ante el microorganismo posiblemente pueda ser el agente causal; en raras oportunidades a pesar de que es la más importante será inevitable el apoyo del laboratorio para realizar una terapia. Su opción del antimicrobiano debe ser prudente donde no solo será interesante preferir el adecuado, más bien que prescribirse correctamente.¹³

Son insuficientes las investigaciones en relación a la frecuencia o un porcentaje, de qué cantidad indica antibióticos en un tratamiento pre-operatorio o post-operatorio. Aunque Romero en el año 2006, hizo una investigación titulada “Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica. Una aproximación racional”, mencionando que las pruebas científicas ha dejado marcado el valor de proceder no sólo post-operatorio, más bien primeramente de iniciarse el procedimiento controlando por completo los obstáculos que compromete la extracción con infecciones agudas²⁸.

El valor de la filosofía preventiva es asociada a la manipulación racional de las drogas aptas para tal fin¹⁵. En la actualidad se está haciendo mayor insistencia en el valor de un procedimiento pre-operatorio, por medio de la administración de antibióticos, que

a la par con la farmacoterapia post-operatoria clásica va a combatir de manera muy eficaz en relación a los progresos infecciosos. No obstante, además de haber bastante pruebas en la literatura, la utilización de analgésicos pre-operatorios hasta el momento no se ha expandido de forma que aún es práctica usual en la mayoría de especialistas, la pauta de indicar ante el procedimiento algún antibiótico para ser tomado por el paciente solo si sintiera incomodidad, habilidad que debería quedar prescrita a origen de la indagación científica publicada.¹⁵

Gómez y Márquez en el año 2007, según su indagación sobre “Prescripción de medicamentos en una clínica odontológica de una universidad mexicana”, donde analizaron la prescripción de fármacos por medio de un estudio observacional y descriptivo, donde se analizaron 698 prescripciones estomatológicas en 14 servicios clínicos conformantes de la clínica en estudio. Se evaluaron criterios de: indicación, fármaco recetado, dosis, intervalo de la dosificación, personalización de la terapéutica, tiempo que dura la terapia e interacciones medicamentosas potenciales¹⁷. Para precisar la incongruencia en los principios de prescripción; comparándose la información que se obtuvo en las expedientes clínicos y recetas y la literatura especializada. Teniendo a los antimicrobianos y b-lactámicos como los más indicados de primera elección. Donde la ampicilina fue la más prescrita con 49.5% recapitulando que este antibiótico no es de primera elección en infecciones odontogénicas debido a que tiene mínima acción hacia anaerobios.¹⁷

Poveda y Bagán en el 2007, hizo una indagación en España sobre “Uso de antibióticos en odonto-estomatología”, siendo su objetivo tratar de cooperar en cuanto a un uso justo de los antibióticos en el desarrollo de infecciones, teniendo en cuenta sus propiedades comunes. Teniendo como conclusión que la amoxicilina asociada con Ac. Clavulánico termino siendo el antibiótico más prescrito¹⁸.

Jaramillo en el año 2008, hizo una investigación en Colombia con el tema “Estudio sobre uso y prescripción de medicamentos en cinco ciudades colombianas.”, estableció que hay discrepancias en relación a la repetición de complejidades infecciosas en los grupos los cuales recibieron una terapia profiláctica de amoxicilina 2g una hora antes¹⁹.

Safety en el año 2012, efectuó una investigación piloto con el tema “El conocimiento de la prescripción de drogas para infecciones odontogénicas en estudiantes de odontología en México”, con la finalidad de evaluar el conocimiento de la prescripción y frecuentes errores de los alumnos de cuarto año de la Escuela de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México²⁰. Se ejecutó una encuesta de los 66 alumnos de cuarto año en la escuela de odontología, mediante la utilización de un cuestionario que anticipadamente fue validado constando de seis preguntas abiertas, donde se evaluó factores como: enfermedad de mayor frecuencia que demandan receta odontológica; los medicamentos de mayor prescripción, anti-inflamatorios no esteroideos, antibióticos, las equivocaciones más comunes y la raíz de indagación usadas para la indicación farmacológica. Cuyo resultado fue, que los antibióticos ampliamente más prescritos en cuanto a infecciones odontogénicas fue la amoxicilina (n = 52, 78,9%), ampicilina (n = 7, 10,6%), la penicilina V y Clindamicina (n = 3, 4,5%).²⁰

Millones en el año 2014, con su investigación titulada “Evaluación de los tratamientos farmacológicos en odontología” ejecutado en la ciudad de Trujillo, teniendo como población constituida por los estudiantes de pregrado y post grado de odontología de la Universidad los Ángeles de Chimbote²¹, donde se observó que la Eritromicina fue indicada de primera elección con 2.93% y prescrito con un 11% como opción a las penicilinas en paciente alérgico. No obstante, este antimicrobiano no tiene acción en relación a las bacterias anaerobias unidas a las infecciones odontogénicas teniendo como inconveniente inducir ligeramente el aumento de resistencia bacteriana. Asimismo, La Clindamicina tiene óptima función hacia organismos anaerobios y cepas creadoras de betalactamasas, que a dosis mínimas es bacteriostático y a dosis clínicas comúnmente empleadas es bactericida²¹.

Amoxicilina + ácido clavulánico

Esta combinación permite la terapia de infecciones por bacterias que son resistentes a la amoxicilina ya que producen betalactamasas. Teniendo en cuenta que la amoxicilina tiene acción bactericida.¹⁰ Inhiben la división celular y el crecimiento, produciendo lisis y elongación de las bacterias sensibles. Se expanden en la mayor parte de los líquidos corporales y los huesos; la inflamación meníngea incrementa la dosis de

penicilina atravesando la barrera hemato-encefálica. Su absorción oral es de 75% a 90% y no padece variaciones con los alimentos. Su unión a las proteínas es mínima (20%), metabolizándose en el hígado aunque 50% a 70% del medicamento no sufre ningún cambio se elimina por vía renal en las primeras 6 horas de un 25% a 40% de dosis de manera invariable (vida medias 1,3 horas). El Clavulanato de Potasio bloque de manera irreversible las betalactamasas. No posee actividad antibacteriana de si misma. Su absorción es buena en tracto gastrointestinal.¹⁰

Indicación: Infecciones donde las bacterias producen betalactamasa o por cepas bacterianas gram positivas o gramnegativos ¹⁰.

Dosis: Federico Ortiz; nos precisa que la dosis de Amoxicilina es de 500mg + Acido Clavulánico de 125 mg con intervalos de 8 horas, por 7 a 10 días o de 1 gramo con intervalos de 12 horas.¹⁰

Azitromicina

Su indicación común es en infecciones del aparato respiratorio inferior como neumonía y bronquitis, infecciones de tejidos blandos y piel. También prescrito en infecciones del aparato respiratorio superior según: otitis media causada por microorganismos susceptibles, sinusitis, faríngeo amigdalitis. En infecciones causadas por transmisión sexual en hombres y mujeres y en la terapéutica de infecciones no complejas.¹⁰

Farmacocinética y farmacodinamia

Una vez administrada por medio de la vía oral, se distribuirá considerablemente en el organismo, su biodisponibilidad es con proximidad de 43 a 50% y con un tiempo límite de 2 a 3 horas. Teniendo en cuenta que al administrarse con alimentos va a disminuir su biodisponibilidad. Por tal motivo es recomendable tomarla 1 a 2 hora antes posterior a los alimentos¹⁰.

Su distribuye óptimamente, es lipofílica y su penetración tisular es lenta, su vida media es larga (más de 60 horas). Con una acción permanente lo cual se administra en ciclos terapéuticos cortos de 3 a 5 días.¹⁰

Su vida media para ser eliminada es de 68 horas por causa de su extensa distribución; es excretada por vía renal y bilis con un 6.5%; mientras que en el hígado se llegan formar metabolitos inactivos sin causa ninguna actividad microbiológica como consecuencia de la azitromicina¹⁰.

Su mecanismo de acción como todo macrólido, se encarga de inhibir la síntesis de proteínas por medio de la conexión variable a la subunidad ribosomal 50 S bacteriana, incitando una transformación y evitando la translocación de péptidos.¹⁰

Contraindicaciones

En personas que presenta reacciones alérgicas a la azitromicina y a los macrólidos, en pacientes con problemas hepáticos e insuficiencia renal. Así mismo tener en cuenta las arritmias ventriculares ya que se presenta en los otros macrólidos.¹⁰

1.3.8 Estado de salud del paciente

Los terapéutica bucodental invasiva (anestésias locales intra-ligamentarias, tratamientos endodónticos, sondaje, exodoncia dental compleja y simple, reimplantes o trasplantes, cirugía, periodontal ósea, periapical, implanto lógica, de las mucosas como biopsia de glándulas salivales, etc.) que pueden conllevar un peligro de infección en pacientes sanos y en pacientes con riesgo de infección local o general (individuos trasplantados, desnutridos, con injertos, con patología asociada no controlada, inmunodeprimidos, etc.).²⁷

Los tratamientos en boca y dientes de forma no invasiva (aplicación de flúor, sellado de fosas y fisuras, cuidados protésicos no sangrantes, retiro post-quirúrgica de suturas, anestesia no intra-ligamentaria, ortodoncia y radiología) no muestran peligro de infección en sujetos saludables ni en aquellos con riesgo²⁶

1.3.9 Indicaciones y recomendaciones para el paciente

- a) Posterior a la exodoncia mantener en la zona una gasa por 30 minutos, en consecuencia de proseguir sangrado, presionar otra gasa estéril por 30 minutos más. Y al persistiera el sangrando, visitar al dentista¹⁰.
- b) Consumir cosas heladas o alimentos a baja temperaturas ya que darán alivio¹⁰.

- c) La Utilización de analgésico y antiinflamatorio que prescrito, pero nunca consumir ácido acetilsalicílico y evitar consumir fármacos no indicados¹⁰.
- d) aplicarse hielo en bolsa cubierto por un paño por 20 minutos descansando, hasta que se vaya a dormir¹⁰.
- e) Después de 24 horas de la exodoncia, hacer gárgaras con enjuagues bucales con clorhexidina más no antes¹⁰.
- f) Posterior a la exodoncia la alimentación debe ser blanda y cero lácteos, evitar bebidas calientes.
- g) Antes de las 24 horas, prohibido escupir, enjuagarse y hacer buches o gárgaras seguidamente de la extracción¹⁰.
- h) Evitar la exposición al sol, ni en lugares muy calientes¹⁰.
- i) No consumir alcohol y ni fumar¹⁰.
- j) Evitar consumir comidas picantes, grasosas, especias ni frutas con semillitas, etc.
- k) Se aconseja descansar con 2 almohadas que consigan tener la cabeza en alto¹⁰.
- l) Realizar una buena higiene bucal, cepillándose suavemente el área intervenida después de las 24 horas¹⁰.
- m) evitar colocarse la lengua en la zona de la exodoncia; que puede aumentar medios de infección¹⁰.
- n) Tener descanso referente por 24 horas y evitar hacer esfuerzo físico extremo (Pesas, aeróbic, gimnasia, nadar, correr) promedio de 3 días. ¹⁰

1.3.10 Medicación postoperatoria

El dolor pos operatorio es el resultado obligado de una intervención que aqueja al paciente. Está en manos del odontólogo indicar la hora de la terapia para observar los síntomas posteriores a la cirugía y logrando el absoluto control de la inflamación e infección aguda, ya que en esta etapa habrá cambios de diferentes medidas y acciones que consigan lograr los objetivos pronosticados. ²⁹

1.3.11 Extracción dental

Conocida también como exodoncia; la cual debería ser tomada como medio final en la odontología. Nuestro sistema Internacional de Salud elaboró varias programaciones de prevención y promoción con el fin de conservar las piezas dentarias en los individuos como medio de la salud general. ⁴⁸

La extracción dental es la terapia encargada a sacar el órgano dentario, debido a lo cual se hará sobre la articulación alveolo-dentaria (sinartrosis, sinfibrosis o gónfosis) conformada por encía, periodonto, diente y hueso. La extracción viene hacer una manipulación con el propósito de desunir dichos componentes, mediante el desgarro del periodonto por totalidad⁴⁸.

Para alcanzar luxar y separa el diente se debe destensar y ampliar el alveolo a cargo de la elasticidad del hueso.²⁷

1.3.12 Procesos infecciosos

Para Cosme Gay Escoda en “Tratado de Cirugía Bucal” la infección odontogénica viene hacer aquella infección cuyo comienzo es en las estructuras el diente y el periodonto, y que en su escala involuntaria afecta al hueso maxilar en su zona periapical; en su desarrollo nato consigue la salida a la cavidad bucal, perforando el cortical habitualmente la cortical vestibular y el periostio de los maxilares; estas manifestaciones proceden en una área no distanciada del diente causante, ocasionalmente por la musculatura insertada en los maxilares, suele apreciarse extenderse a las regiones anatómicas a lo más alejadas de la región periapical afectadas en principio³¹.

1.4. Formulación del problema

¿Cuál es la frecuencia de prescripción analgésica y antibiótica post-exodoncia en el servicio de odontología en la red de salud Huallaga del distrito de Saposoa a lo largo del año 2018?

1.5. Justificación e importancia

El actual estudio de indagación busca crear información innovador para la provincia de Huallaga, precisamente para el distrito de Saposoa. Ya que presenta una falta de estudios en el distrito mencionado en cuanto a la frecuencia de la prescripción antibiótica y analgésica post-exodoncia en el servicio de odontología del hospital del distrito de Saposoa en la población antedicho sobre la frecuencia de la prescripción antibiótica en extracciones con desarrollo infeccioso agudo, crónicos o sin procesos infecciosos en

relación a los cirujanos dentistas, ampliando mucho más la información acerca de los antibióticos y analgésicos prescritos con superior frecuencia, iniciado con de un cuidadoso análisis de campo, la entidad en esta ocasión fue la universidad señor de Sipán durante el lapso del año 2018. Lo cual ayudara ser una fuente esencial de indagación en futuros estudios y así lograr la continuación con investigaciones propias de nuestra localidad. Esta investigación ofrecerá entendimientos elementales en nuestro día a día como futuros competentes, lo cual permitirá determinar el tipo de analgésicos y antibióticos a recetar por los expertos odontólogos como en un procedimiento pre-operatorio y/o post-operatorio y así poder, comparar los conclusiones del vigente estudio con actuales indagaciones que van presentándose en un entorno local, nacional e internacional y lograr ofrecer cuidado de calidad a los individuos (pacientes) por la calidad de disposición profesional.

La atención odontológica relacionada a la cirugía está expuesta a sufrir dolor o complicación post-exodoncia en especial en extracciones complejas puesto que estas provocan un mayor trauma en el paciente por su complicación; demo que esta exploración será de mayor productividad en cuanto a tomar medidas necesarias y pertinentes al momento de realizar una exodoncia, logrando evitar dolencias y molestias al paciente antes, durante y posterior a su procedimiento destacando en que tipos de paciente presentara mayor incidencia de dolor, si es en el sexo masculino o femenino, conforme a la edad, adolescencia, niños, adultos, ancianos o según el estado de salud del paciente, dándole solución a los casos que se presente con medicación efectiva y adecuada. A través de la ejecución de esta indagación se podrá aportar a diferentes ciencias en especial a la ciencia de la salud en relación a la cirugía acompañada de la farmacología ya que se estudiara el dolor post-quirúrgico en exodoncias simple y complejas dándose a conocer y saber sobre que medicamentos es eficaz en dichas actividades quirúrgicas. El buen respaldo bibliográfico ayudara y facilitara la investigación, más el apoyo de autoridades pertinentes incluyendo la cantidad de pacientes que son atendidos en el servicio de odontología del hospital del distrito de Saposoa los cuales ayudarán en dicha investigación. Esperando que concluida la investigación se pueda contar con respaldo científico para los próximos indagadores a futuro sobre problemas en la salud bucal cómo lo son las exodoncias simples y complejas en relación con el dolor Postquirúrgico.

1.6. Objetivos

1.6.1 Objetivo general:

Determinar frecuencia de prescripción analgésica y antibiótica post-exodoncia en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

1.6.2 Objetivo específicos:

- Determinar la frecuencia de analgésicos más prescritos por el odontólogo en el tratamiento post-operatorio de la red Huallaga del distrito Saposoa.
- Determinar la frecuencia de los antibióticos más prescritos por el odontólogos en el tratamiento post-operatorio de la red Huallaga del distrito de Saposoa.
- Determinar la frecuencia de prescripción analgésica según edad de la red Huallaga del distrito de Saposoa.
- Determinar la frecuencia de prescripción analgésica según sexo de la red Huallaga del distrito de Saposoa.
- Determinar la frecuencia de prescripción antibiótica según edad de la red Huallaga del distrito de Saposoa.
- Determinar la frecuencia de prescripción antibiótica según sexo de la red Huallaga del distrito de Saposoa.
- Determinar la frecuencia de prescripción analgésica y antibiótica según tipo de diagnóstico de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de la Investigación

2.1.1 Tipo de investigación

El actual proyecto de investigación será cuantitativo.

2.1.2. Diseño de la investigación.

- ✓ **Descriptiva:** En este estudio permitió describir sobre la afinidad del dolor postquirúrgico con las exodoncias complejas.
- ✓ **Transversal:** este estudio se realizó en un solo día a una población definida.

- ✓ **Retrospectivo:** En este estudio se recolecto la información en el tiempo de enero a diciembre del 2018.
- ✓ **Observacional:** En este estudio se observó en las historias clínicas las recetas para poder ver la frecuencia de los analgésicos y antibióticos usados post exodoncia.

2.2. Población y muestra

- ✓ La población de estudio será la totalidad de 250 historias clínicas

2.2.1 Criterios de Inclusión:

- ✓ Historias clínicas que estén completas y selladas por el médico tratante.
- ✓ Historias clínicas donde se haya registrado indicación de analgésicos.
- ✓ Historias clínicas donde se haya registrado indicación de antibióticos.

2.2.2 Criterios de Exclusión:

- ✓ Historias clínicas en mal estado.
- ✓ Historias clínicas que están mal llenadas.

2.3. Variables

- Prescripción analgésica y antibiótica.

2.3.1 Covariables

- Edad y sexo

2.3.2 Operacionalización

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSION | INDICADOR | TIPO DE VARIABLE | ESCALA |
|--|--|--|--|--|-------------------------|----------|
| FRECUENCIA DE PRESCRIPCIÓN FARMACOS | Es aquella receta o indicación donde se prescribe un medicamento en cual indica su presentación, dosis, hora, etc. | se realizara la prescripción de los fármacos utilizados para dolor inflamación e infección | AINES NO AINES ANTIBIOTICOS CORTICOIDES | NAPROXENO IBUPROFENO DICLOFENACO PARACETAMOL OPIOIDES PENICILINAS, CEFALOSPORINAS LINCONSAN, MACROLIDO DEXAMETASONA | Cuantitativa | Nominal |
| COOVARIALES | | Se obtendrá los datos mediante ficha elaborada | Cronología | | Cuantitativa discreta | De razón |
| Edad | | | | | | |
| Sexo | | Se obtendrá los datos mediante ficha elaborada | Caracteres Sexuales secundarios | Femenino Masculino | Cuantitativa Nominal | Nominal |

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

La vigente indagación se llevó a cabo en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

2.4.1. Técnica de recolección de datos

- Observacional

2.4.2. Instrumento de recolección de datos

Dicho instrumento que se aplicó en la recolección de los datos fue una ficha (anexo1) cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de analgésico y antibiótico, según edad, sexo son más prescritos post operatorios. Cuyo diseño fue realizado por mi persona, autora que llevo a cabo dicha investigación y valido por un grupo de especialistas en cirugía oral.

La ficha consta de tres partes:

1era parte: está conformada la recolección de información en cuanto al:

- ✓ Numero de historia clínica.
- ✓ Fecha.
- ✓ Sexo.
- ✓ Edad.

2da parte: está conformada por la recolección de información del tipo de analgésico que se indicó; teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- ✓ Tipo de diagnóstico.
- ✓ Fármaco.
- ✓ Presentación.
- ✓ Dosis.
- ✓ Cantidad.
- ✓ Tiempo.

3ra parte: está conformada por la recolección de información del tipo de antibiótico que se indicó; teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- ✓ Tipo de diagnóstico.
- ✓ Fármaco.
- ✓ Presentación.
- ✓ Dosis.
- ✓ Cantidad.
- ✓ Tiempo.

2.4.3. Abordaje metodológico

La indagación estará sustentada bajo el método deductivo que con frecuencia se agrupa con la investigación cuantitativa, teniendo como método la recolección y análisis de la información cuantitativa de las variables de estudio, el estudio de la relación que existe entre el uso de analgésicos y antibióticos se realizará mediante la recolección de datos donde la población de estudio brindará la información que permita abordar la problemática.

2.4.4. Validez

El instrumento que utilice es una ficha fue elaborada por mi persona la cual fue ratificada, valorada por un especialista (anexo 2); por la cual no necesite calibración porque solo estoy haciendo un trabajo retrospectivo con la fin de obtener datos de la población estudiada, cuya muestra registró la información en la ficha de recolección de datos que será representativa con el objetivo realizar inferencias a la población de origen, y fue aplicada de manera transversal, es decir en un solo momento. Con el fin de obtener datos de la población estudiada, cuya muestra registro la información en la ficha de recolección de datos que será representativa con el objetivo realizar inferencias a la población de origen, y se aplicó de manera transversal, es decir en un solo momento.

2.4.5 Confiabilidad

Este estudio se realizó con un estudio piloto con la muestra de 50 historias clínicas mediante una ficha donde se obtuvo como resultado estadístico a los fármacos como: Paracetamol, Naproxeno, Ibuprofeno, como analgésicos y el más prescrito post exodoncia fue el Paracetamol y los antibióticos como Amoxicilina, Dicloxacilina, Amoxicilina más Ac. Clavulánico siendo la Amoxicilina las prescrita post-exodoncia (anexo 3).

El análisis de concordancia de prescripción analgésica y antibiótica post-exodoncia fue dado que la prueba de kappa es altamente significativa ($p < 0.01$) entonces existe conformidad entre los resultados del estomatólogo con los resultados de la

investigadora (0,916) sobre el instrumento de medición para prescripción analgésica y antibiótica post-exodoncia. Esto es:

Para el especialista existen 28 (57.1%) mediciones para prescripción analgésico post-exodoncia, al igual que el resultado de la investigadora, por otro lado, también 19 (38.8%) mediciones para prescripción de antibiótico post-exodoncia, al igual que el resultado de la investigadora.

En total de coincidencias ($28+19 = 47$) de 49 ósea el 95.9% de concordancia entre los resultados del especialista con los resultados de la investigadora en el instrumento de medición para prescripción analgésica y antibiótica post-exodoncia.

2.5.Procedimiento para la recolección de datos

A. Aprobación del proyecto:

El proyecto de investigación fue revisado por el Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán, para pasar a la revisión del Jurado de Tesis y obtener el Dictamen de aprobación del proyecto.

B. Autorización para la ejecución:

Se solicitó a la Sra. Obstetra Erika Milagros Vargas Angulo Directora de la Red Huallaga, (ver anexo 5), la autorización para el acceso a las historias clínicas, para tal efecto se entregó una solicitud, informando el propósito del estudio y las actividades a desarrollar durante el proceso de recolección de datos.

C. Recolección de datos:

Se elaboró una ficha, se empezó a revisar una por una las historias clínicas, se pasaron los datos a una tabla en Excel/Word para luego analizarlos, finalmente se elaboraron gráficos en donde se registre los resultados obtenidos.

2.6.Criterios éticos

Los criterios que se han tomado en cuenta en esta investigación en cuanto a la elaboración fidedigna, la confiabilidad de datos y resultados obtenidos han sido la claridad en cuanto a los términos e información presentada, transparencia de los datos

obtenidos y confiabilidad para la obtención de resultados verificables en pacientes atendidos en el servicio odontológico del centro de salud del distrito de Saposoa. El presente proyecto de investigación se desarrolló respetando los diversos principios jurídicos y éticos, como los derechos de autor y la confidencialidad de la información.

2.7. Criterios de Rigor científico

La investigación cumple con los criterios de rigor científico mediante la validez y confiabilidad de los datos, así mismo los resultados podrán ser aplicados por otros estudios cumpliendo así los criterios de transferibilidad.

III. RESULTADOS

3.1 Tabla y Figuras

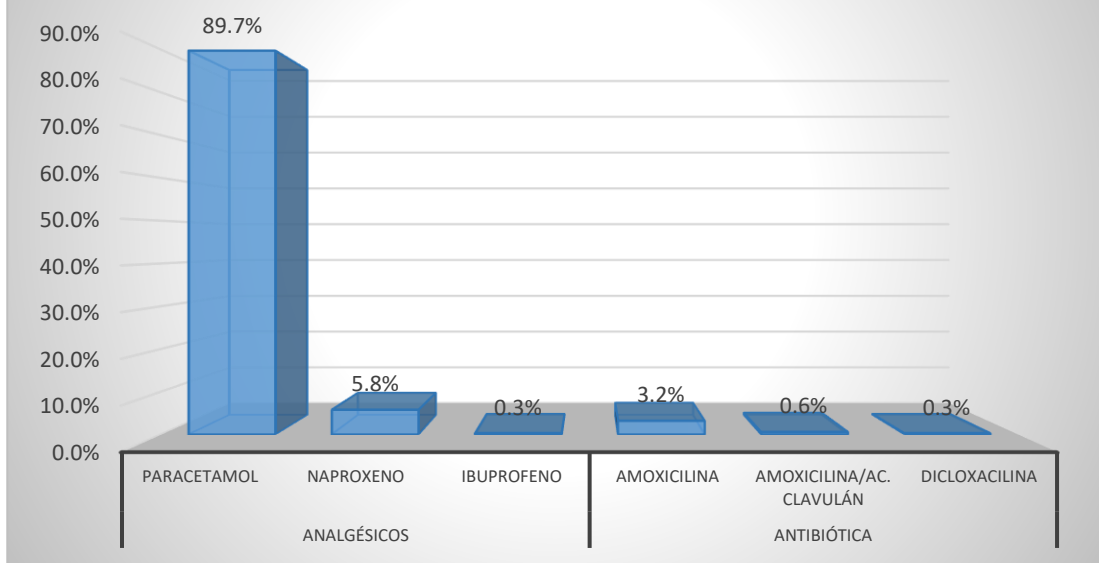
Tabla 1:

Frecuencia de prescripción analgésica y antibiótica post-exodoncia en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa

| Prescripción | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-----------------------------|------------|------------|
| Analgésicos | Paracetamol | 278 | 89.7% |
| | Naproxeno | 18 | 5.8% |
| | Ibuprofeno | 1 | .3% |
| Antibiótica | Amoxicilina | 10 | 3.2% |
| | Amoxicilina/Ac. clavulánico | 2 | .6% |
| | Dicloxacilina | 1 | .3% |
| Total | | 310 | 100.0% |

Fuente: Elaboración propia

Figura 1: Frecuencia de prescripción analgésica y antibiótica post-exodoncia en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa



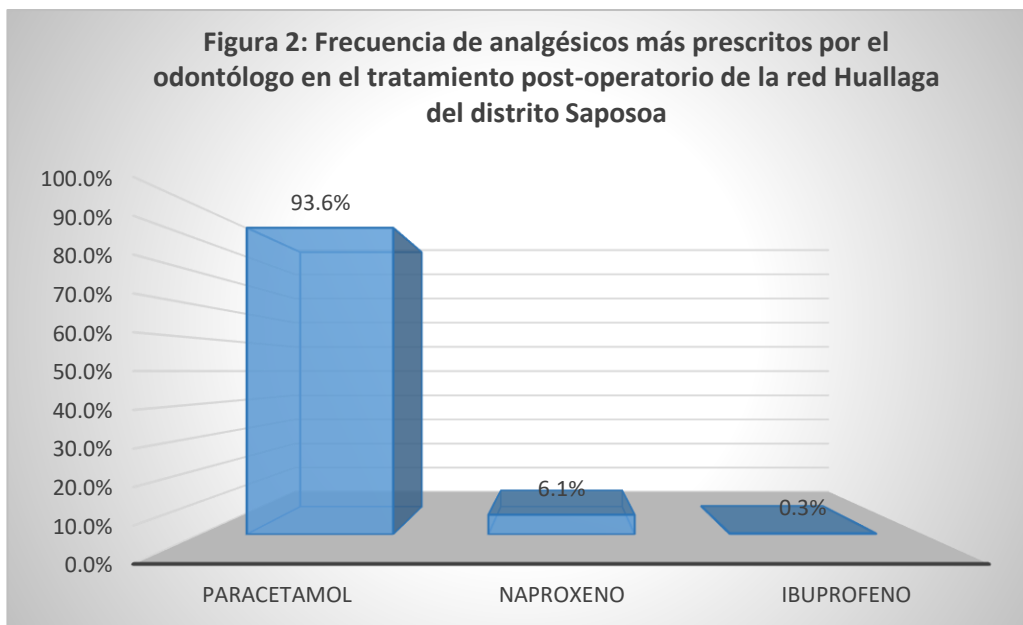
En la tabla y figura 1. Se observa que, el 89.7% prescriben como analgésico al Paracetamol en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa y el 3.2% a la Amoxicilina como antibiótico post-exodoncia en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

Tabla 2:

Frecuencia de analgésicos más prescritos por el odontólogo en el tratamiento post-operatorio de la red Huallaga del distrito Saposoa.

| Analgésicos | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Paracetamol | 278 | 93.6% |
| Naproxeno | 18 | 6.1% |
| Ibuprofeno | 1 | 0.3% |
| Total | 297 | 100.0% |

Fuente: Elaboración propia



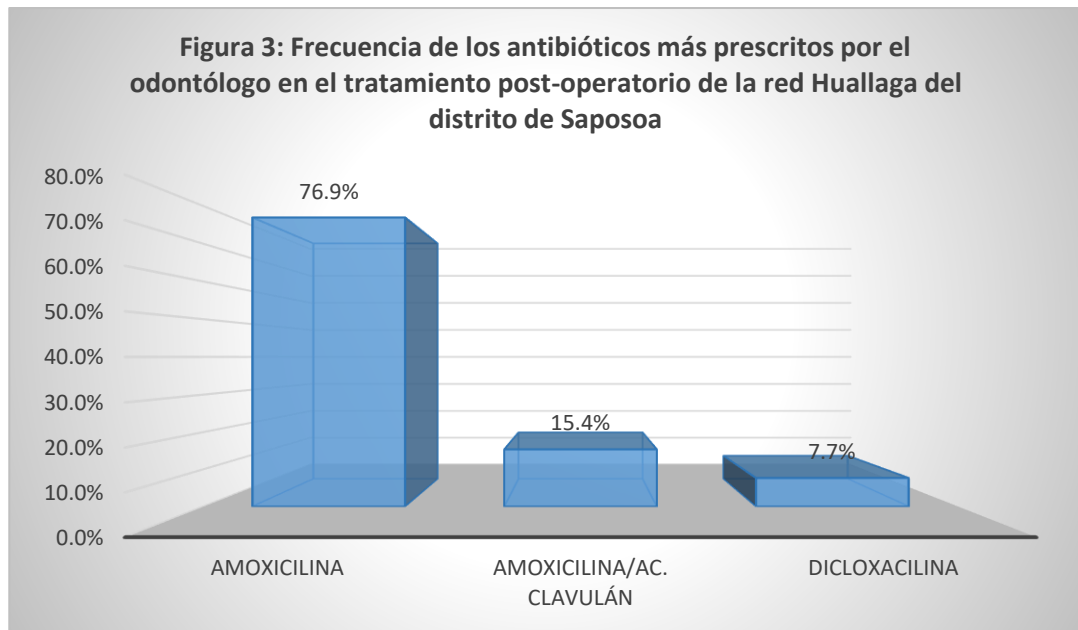
En la tabla y figura 2. Se observa que, el 93.6% de los medicamentos que más prescriben como analgésico es el Paracetamol en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa, asimismo le sigue el medicamento naproxeno con el 6.1%.

Tabla 3:

Frecuencia de los antibióticos más prescritos por el odontólogo en el tratamiento post-operatorio de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

| Antibióticos | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|------------|------------|
| Amoxicilina | 10 | 76.9% |
| Amoxicilina/Ac. Clavulán | 2 | 15.4% |
| Dicloxacilina | 1 | 7.7% |
| Total | 13 | 100.0% |

Fuente: Elaboración propia



En la tabla y figura 3. Se observa que, el 76.9% de los medicamentos que más prescriben como antibiótico es la amoxicilina en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa, seguido del medicamento Amoxicilina/Ac. Clavulán con el 15.4%.

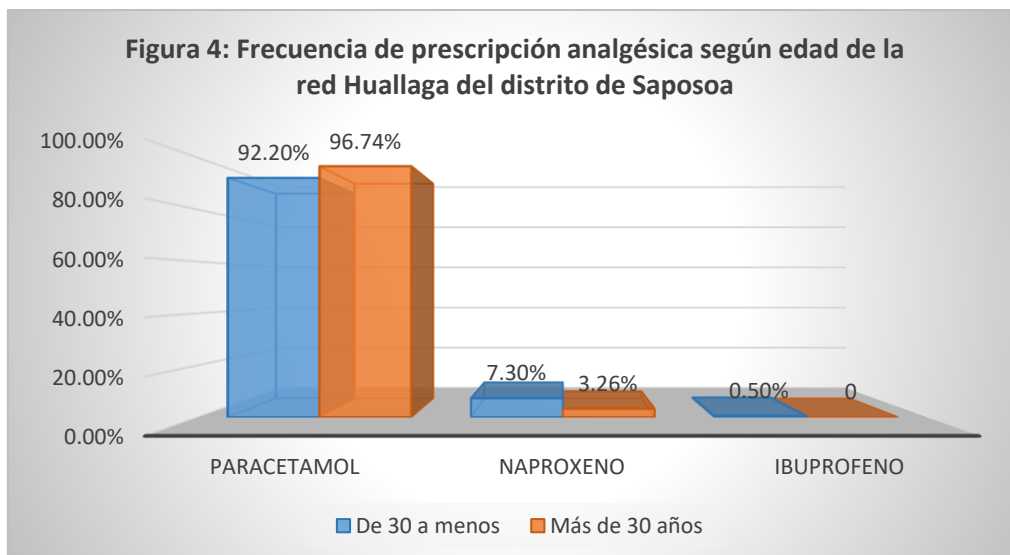
Tabla 4:

Frecuencia de prescripción analgésica según edad de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

| | | Edad | |
|-------------|------------------|---------------|----------------|
| | | De 30 a menos | Más de 30 años |
| Paracetamol | Recuento | 189 | 89 |
| | % dentro de Sexo | 92.2% | 96.74% |
| Naproxeno | Recuento | 15 | 3 |
| | % dentro de Sexo | 7.3% | 3.26% |
| Ibuprofeno | Recuento | 1 | 0 |
| | % dentro de Sexo | 0.5% | 0,0% |
| Total | Recuento | 205 | 92 |
| | % dentro de Sexo | 100,0% | 100,0% |

$\chi^2_{\text{calculado}} = 5,8 \quad p = 0,35 \quad p > 0,05$

Fuente: Elaboración propia



En la tabla y figura 4. Se observa que, el valor de prueba chi cuadrado no es significativa ($p > 0.05$) esto indica que la prescripción analgésica es muy independiente de la edad de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

Por otro lado, el 92.2% de los pacientes de 30 a menos años de edad les prescriben paracetamol en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa y el 96.74% de los pacientes de más de 30 años de edad también les prescriben paracetamol

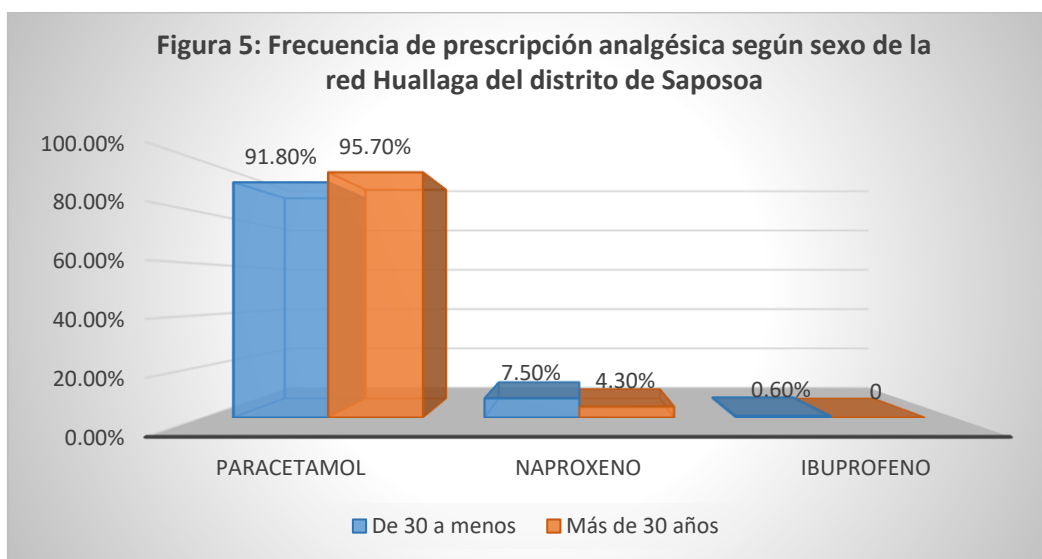
Tabla 5:

Frecuencia de prescripción analgésica según sexo de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

| | | Sexo | |
|-------------|------------------|----------|-----------|
| | | Femenino | Masculino |
| Paracetamol | Recuento | 146 | 132 |
| | % dentro de Sexo | 91.8% | 95.7% |
| Naproxeno | Recuento | 12 | 6 |
| | % dentro de Sexo | 7.5% | 4.3% |
| Ibuprofeno | Recuento | 1 | 0 |
| | % dentro de Sexo | 0.6% | 0,0% |
| Total | Recuento | 159 | 138 |
| | % dentro de Sexo | 100,0% | 100,0% |

$$\chi^2_{\text{Calculado}} = 6,4 \quad p = 0,26 \quad p > 0,05$$

Fuente: Elaboración propia



En la tabla y figura 5. Se observa que, el valor de prueba chi cuadrado no es significativa ($p > 0.05$) esto indica que la prescripción analgésica es muy independiente del sexo de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

Por otro lado, el 91.8% los pacientes del sexo femenino les prescriben paracetamol en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa y el 95.7% de los pacientes del sexo masculino también les prescriben paracetamol

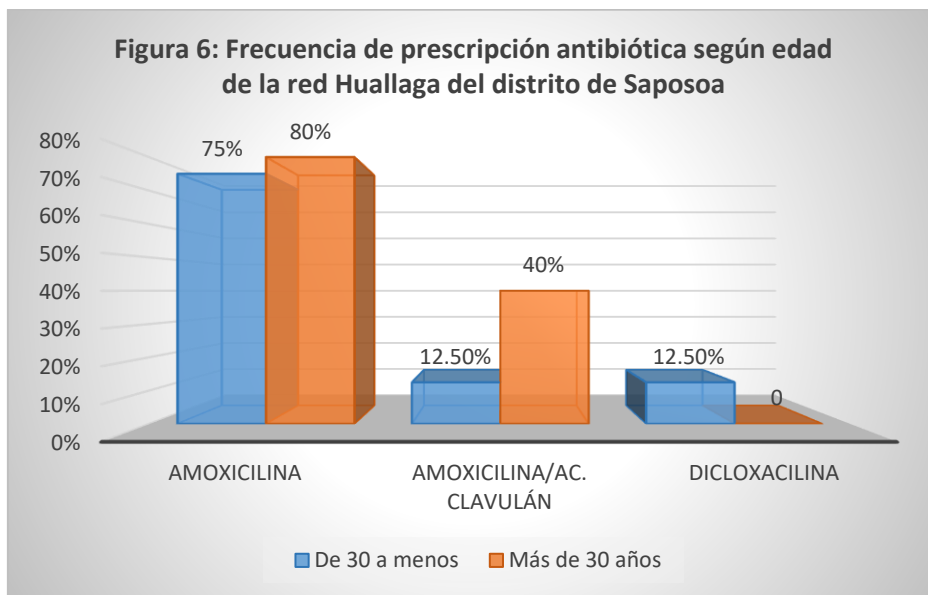
Tabla 6:

Frecuencia de prescripción antibiótico según edad de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

| | | edad | |
|--------------------------|------------------|---------------|----------------|
| | | De 30 a menos | Más de 30 años |
| Amoxicilina | Recuento | 6 | 4 |
| | % dentro de Sexo | 75% | 80% |
| Amoxicilina/Ac. Clavulán | Recuento | 1 | 1 |
| | % dentro de Sexo | 12.5% | 40% |
| Dicloxacilina | Recuento | 1 | 0 |
| | % dentro de Sexo | 12.5% | 0,0% |
| Total | Recuento | 8 | 5 |
| | % dentro de Sexo | 100,0% | 100,0% |

$$\chi^2_{\text{Calculado}} = 7,8 \quad p = 0,19 \quad p > 0,05$$

Fuente: Elaboración propia



En la tabla y figura 6. Se observa que, el valor de prueba chi cuadrado no es significativa ($p > 0.05$) esto indica que la prescripción de antibiótico es muy independiente de la edad de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

Por otro lado, el 75% de los pacientes de 30 a menos años de edad les prescriben amoxicilina en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa y el 80% de los pacientes de más de 30 años de edad también les prescriben amoxicilina.

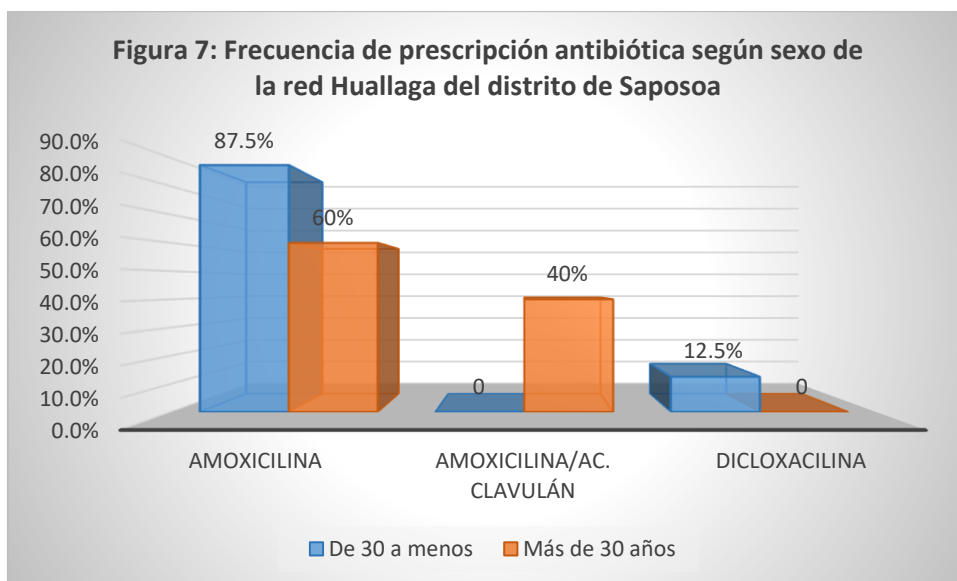
Tabla 7:

Frecuencia de prescripción antibiótica según sexo de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

| | | Sexo | |
|--------------------------|------------------|----------|-----------|
| | | Femenino | Masculino |
| Amoxicilina | Recuento | 7 | 3 |
| | % dentro de Sexo | 87.5% | 60% |
| Amoxicilina/Ac. Clavulán | Recuento | 0 | 2 |
| | % dentro de Sexo | 0,0% | 40% |
| Dicloxacilina | Recuento | 1 | 0 |
| | % dentro de Sexo | 12.5% | 0,0% |
| Total | Recuento | 8 | 5 |
| | % dentro de Sexo | 100,0% | 100,0% |

$$\chi^2_{\text{Calculado}} = 9,3 \quad p = 0,11 \quad p > 0,05$$

Fuente: Elaboración propia



En la tabla y figura 7. Se observa que, el valor de prueba chi cuadrado no es significativa ($p > 0.05$) esto indica que la prescripción antibiótica es muy independiente del sexo de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

Por otro lado, el 87.5% de los pacientes del sexo femenino les prescriben amoxicilina en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa y el 60% de los pacientes del sexo masculino también les prescriben amoxicilina.

Tabla 8:

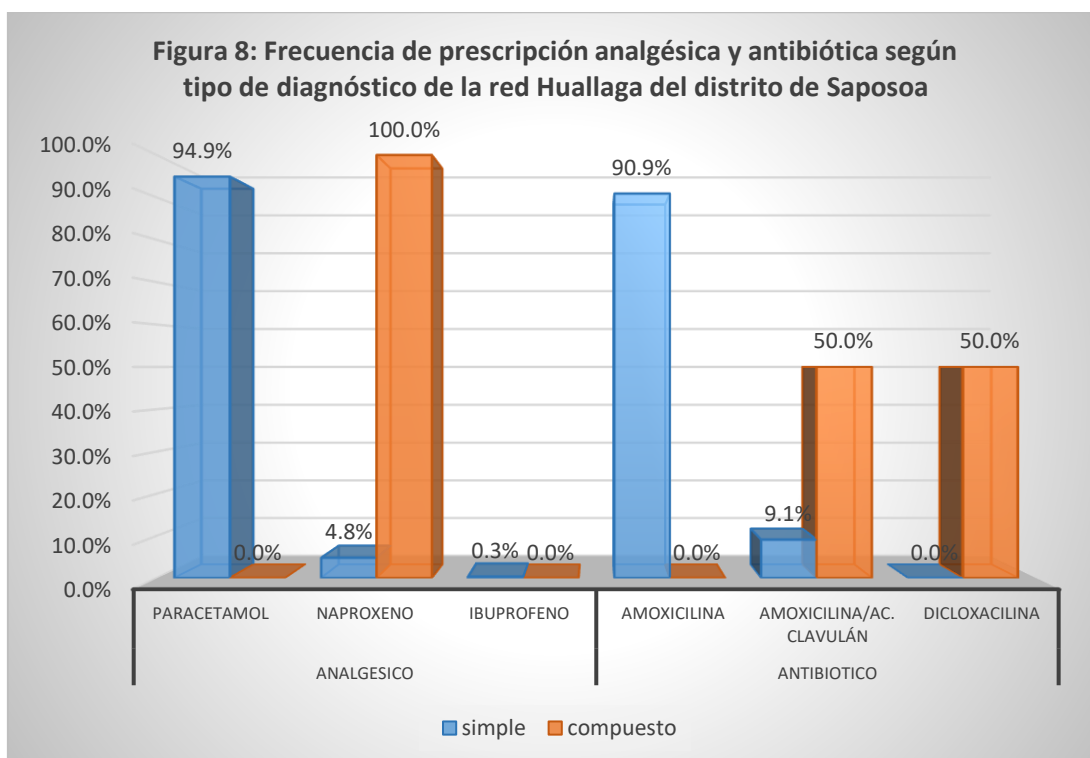
Frecuencia de prescripción analgésica y antibiótica según tipo de diagnóstico de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

| | | | Tipo de diagnóstico | |
|------------|------------------|------------------|---------------------|----------|
| | | | Simple | Compleja |
| Analgésico | Paracetamol | Recuento | 278 | 0 |
| | | % dentro de Sexo | 94.9% | 0,0% |
| | Naproxeno | Recuento | 14 | 4 |
| | | % dentro de Sexo | 4.8% | 100% |
| | Ibuprofeno | Recuento | 1 | 0 |
| | | % dentro de Sexo | 0.3% | 0,0% |
| Total | Recuento | 293 | 4 | |
| | % dentro de Sexo | 100,0% | 100,0% | |

| | | | | |
|-------------|----------------------------|------------------|--------|------|
| Antibiótico | Amoxicilina | Recuento | 10 | 0 |
| | | % dentro de Sexo | 90.9% | 0,0% |
| | Amoxicilina/Ac.Clavulánico | Recuento | 1 | 1 |
| | | % dentro de Sexo | 9.1% | 50% |
| | Dicloxacilina | Recuento | 0 | 1 |
| | | % dentro de Sexo | 0,0% | 50% |
| Total | Recuento | 11 | 2 | |
| | % dentro de Sexo | 100,0% | 100,0% | |

$$\chi^2_{\text{Calculado}} = 46,5 \quad p = 0,00 \quad p < 0,01$$

Fuente: Elaboración propia



En la tabla y figura 8. Observándose que, el valor de prueba chi cuadrado es altamente significativa ($p < 0.01$) indicando que la prescripción analgésica y antibiótica depende del tipo de diagnóstico de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

Por otro lado, el 94.9% de los pacientes que les prescriben paracetamol como analgésico su tipo de diagnóstico fue simple en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa y el 90.9% de los pacientes que les prescriben amoxicilina como antibiótico su tipo de diagnóstico fue simple.

3.2 Discusión del Resultado

Los resultados que se obtuvieron en esta indagación demuestran que los odontólogos prescriben post exodoncia a un antibiótico en caso de exodoncias complejas teniendo como primera opción a la amoxicilina acompañada de un AINES como la más prescrita en caso de infección post exodoncia compleja; teniendo coincidencia con el estudio de Palma KM, (2012)¹² .donde concluye que el antibiótico más prescrito fue la amoxicilina post exodoncia además coincide con el estudio de Vigo NM (2017)¹⁹. Donde determino que la terapia farmacológica más usada para el dolor post exodoncia fueron los AINES.

Los fármacos de primera elección de los odontólogos en el servicio de odontología en la red de Huallaga del distrito de Saposoa, con respecto a la indicación posterior a la extracción simple y compleja vienen hacer los AINEs y Antibióticos. A causa de la literatura farmacológica, encontrándose a los AINEs en el primer nivel de analgesia de la OMS. Concordando con las deducciones que se obtuvieron concluidos por Zamudio A. en el 2013 en Peru.¹⁶

Asimismo, en las extracciones simples el medicamento con mayor utilización viene hacer el paracetamol; seguido el ibuprofeno y naproxeno, al no haber traumatismo exagerado en los tejidos, esperando que el individuo tenga dolor leve como resultado natural del organismo y en ciertos casos de inflamación leve. Concordando con lo que se obtuvo del estudio del informe de Romero M, Herrero M, Lagares D, Gutierrez J. en España, en el 2006,²⁹ Asimismo, Weil K. y col.²⁴ en Londres, en el 2008, reportando que el medicamento de primera elección fue el paracetamol.⁴⁷ Zamudio A., en el 2013, en Perú,¹⁶ de la misma manera definió que en post-extracciones simples el medicamento con mayor utilización es el paracetamol. Estas conclusiones corroboran lo que los resultados científicos presentan en los escritos en relación a que el paracetamol es un medicamento indudablemente con menos resultados nocivos, grandemente aprovechable, motivo por el cual es probable que logre ser el de mayor prescripción en los profesionales de salud.

Al mismo tiempo, se consiguió el resultado de que el antibiótico mayor uso fue a la amoxicilina, debido a que se conoce globalmente que es un antibiótico de ampliado espectro, alcance que concuerdo con Arteagoitia M. y col., en el 2015 en España¹⁵, reportaron al antibiótico con mayor prescripción prevención de la infección post-exodoncia quirúrgica a la amoxicilina.

Siendo la amoxicilina/ Ac. Clavulánico fue de segunda opción en el servicio odontológico de la red Huallaga del distrito de Saposoa con un 15.4%. Coincidiendo con Arteagoitia M. y col., en el 2015 en España, ¹⁵.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Se observó que los odontólogos prescriben post exodoncia como analgésico y antibiótico al paracetamol y amoxicilina, en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

Se observó que los odontólogos prescriben como analgésico post exodoncia al paracetamol 500 mg. en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

En el presente estudio se observa que los odontólogos prescriben como antibiótico post-exodoncia a la amoxicilina de 500 mg. en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

Se observa que los odontólogos prescriben analgésicos según edad; post exodoncia en pacientes de 30 a menos años de edad como primera opción analgésica al paracetamol 500 mg con un 92.2%; y en pacientes con más de 30 años de edad; como primera opción al paracetamol de 500 mg con 96.74%, en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

Se observa que los odontólogos prescriben analgésicos según sexo; post exodoncia en pacientes de 30 a menos años de edad como primera opción analgésica al paracetamol 500 mg con un 91.8%; y en pacientes con más de 30 años de edad; como primera opción al paracetamol de 500 mg con 95.7% en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

Se observa que los odontólogos prescriben antibióticos según edad; post exodoncia en pacientes de 30 a menos años de edad como primera opción antibiótica a la amoxicilina 500 mg con un 75%; y en pacientes de más de 30 años de edad; como primera opción antibiótica a la amoxicilina 500 mg con un 80%; en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

Se observa que los odontólogos prescriben antibióticos según sexo; post exodoncia en pacientes de 30 a menos años de edad como primera opción antibiótica a la amoxicilina 500 mg con un 87.5%; y en pacientes de más de 30 años de edad; como primera opción antibiótica a la amoxicilina 500 mg con un 60%; en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

Se observa que los odontólogos prescriben analgésicos y antibióticos según tipo de diagnóstico; post exodoncia en diagnósticos simples como analgésicos, como primera opción al Paracetamol 500 mg, en diagnósticos complejos como antibióticos tienen como primera opción a la Amoxicilina 500 mg en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito de Saposoa.

4.2 RECOMENDACIONES

Seguir protocolos de analgesia y antibioticoterapia de acuerdo al tratamiento realizado, evitando arriesgar a tratar de forma irresponsable a los pacientes prescribiendo cualquier analgésico o antibiótico sin ser necesario.

Actualización e en cuanto analgésicos y antibióticos post exodoncia según edad.

Realizar charlas educativas sobre higiene bucal a cada paciente previo tratamiento.

Informar a cada paciente sobre tratamientos alternativos previos a su tratamiento a realizar teniendo en cuenta el tiempo y lugar.

Se debe difundir una cultura de prevención sobre higiene bucal antes y después de un tratamiento, tanto en el personal de salud como a la población, y prevenir complicaciones pos exodoncias.

Informar al paciente acerca del riesgo y beneficio previos. Como probables complicaciones durante y después del procedimiento de rehabilitatorio.

Este estudio nos permitirá saber y tener en cuenta sobre el uso de antibióticos y analgésicos tanto en exodoncias simples y complejas recomendados post exodoncia con la finalidad que se pueda tener en cuenta más actualizaciones, capacitaciones sobre fármacos y exodoncias y otras especialidades de la área odontológica tanto en adulto como niños y tener a la mano especialistas encargados de cada especialidad las cuales traerá como beneficio tanto al centro de salud, odontólogos y población del distrito de Saposoa-Huallaga.

V. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: Componentes centrales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. [Internet], 2002 [consultado 19 abril 2015]; Sep; 3(5):1-6.
2. Poveda R, Bagán J, Sanchís J, Carbonell E. Uso de antibióticos en odontoestomatología. [Internet], 2007 [consultado 11 abril 2015]; Dic; 12(3):2-6.
3. Gay, E., & Berini, A., (2008). Tratado de cirugía bucal. 3º edición., Editorial Elsevier., España.
4. Colussi C, De Freitas S. The prosthetic need WHO index: a comparison between self-perception and professional assessment in an elderly population. Gerodontology; 2009.
5. Li X, Koltveit K, Tronstad L, Olsen I. Systemic diseases caused by oral infection. Clinical Microbiology Reviews. 2000.13(4): 547-558.
6. Scannapieco F. Pneumonia in non ambulatory patients. The role of oral bacteria and oral hygiene. J Am Dent Assoc. 2008;139(3):251-6.
7. GUTIERREZ, JL et al. Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis antibiótica en cirugía y procedimientos dentales. Av Odontoestomatol [online]. 2006, vol.22, n.1 [citado 2015-07-29], pp. 41- 67
8. Palma SK. Exodoncias Complejas y su relación con el dolor postquirúrgico. [tesis]. Manabí (Ecuador): Universidad San Gregorio de Portoviejo. Unidad académica de Salud; 2012.
9. Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, Leza J, Moro M, Portolés A. Farmacología Básica y Clínica. [Internet] 18a. ed. Madrid: Médica Panamericana; 2008 [consultado 2 abril 2015], 1369 p.
10. Bataineh AB, Albashaireh ZS, Hazza'a AM. The surgical removal of mandibular third molars: a study in decision making, Quintessence Int. 2002; 33:613-7.
11. Orellana A., Salazar E. Manejo adecuado del dolor en cirugía bucal. [internet] 2013. [Citado el 19 de setiembre del 2016].
12. Arteagoitia M. y col. Survey of Spanish dentists on the prescription of antibiotics and antiseptics in surgery for impacted lower third molar. [Internet]. 2016. [citado el 18 de enero del 2016].
13. Zamudio RA. Fármacos en el control del dolor e inflamación post exodoncia simple y quirúrgica utilizadas por odontólogos que ejercen en Trujillo. [tesis]. Trujillo (Perú): Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Medicina; 2013.

14. Sillet M, Orellana A, Salazar E. Estudio comparativo de tres regimenes de tratamiento profiláctico antes de la cirugía bucal. *Acta Odontológica Venezolana* [Internet], 2009 [consultado 10 abril 2015]; Jun; 47(4); 2-5. Disponible en: 71
15. Gómez L, Márquez S, Póntigo P, Téllez A, Amaya A, Galar M. Prescripción de medicamentos en una clinica odontológica de una universidad mexicana. *Farmacia Hospitalaria* [Internet], 2007 [consultado 10 abril 2015]; Mar; 31(3);1-3.
16. Poveda R, Bagán J, Sanchís J, Carbonell E. Uso de antibióticos en odontoestomatología. [Internet], 2007 [consultado 11 abril 2015]; Dic; 12(3):2-6.
17. Jaramillo L, Orozco J, Sánchez R, Cárdenas M, García O. Estudio sobre uso y prescripción de medicamentos en cinco ciudades colombianas. [internet]. Bogotá: Nacional de Colombia; 2008 [consultado 11 abril 2015], 162 p.
18. Safety HD. El conocimiento de la prescripción de drogas en estudiantes de odontología. [Internet] México: Dovepress; 2012 [consultado 11 abril 2015], p. 55-59.
19. Millones PA. Evaluación de los tratamientos farmacológicos en odontología. [tesis modificada]. Trujillo (Perú): Universidad Católica Los Angeles Chimbote. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
20. Alejandro VC. Antibioticoterapia preoperatoria aplicada a pacientes con endocarditis bacteriana e hipertensión dentro del consultorio odontológico. 70 [tesis]. Guayaquil (Ecuador): Universidad de Guayaquil. Facultad piloto de Odontología; 2013.
21. ABAJO, Francisco J. de. La Declaración de Helsinki VI: una revisión necesaria, pero ¿suficiente? *Rev. Esp. Salud Pública* [online]. 2001, vol.75, n.5 [citado 2015-07-30], pp. 407-420.
22. Savage M, Henry M. Preoperative nonsteroidal anti-inflammatory agents. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* [Internet], 2004 [consultado 10 abril 2015]; Ago; 98(2):146-52.
23. Romero M, Herrero M, Lagares D, Gutierrez J. Protocolo de control del dolor e inflamación postquirúrgica: Una aproximación racional. *RCOE* 2006; 11(2):205-215 [internet] 2006. [Citado el 10 de octubre del 2016].
24. María D. Couto C., Senaida De Abreu T. Aines en odontología. *Salud Odontológica Comunitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, Venezuela*. 2014.
25. Guerrero R., Holmedo H., Asmat A. Efectividad del tratamiento farmacológico con Dexametasona de 8 y 4 mg para controlar el edema poscirugía de terceros molares incluidos: ensayo clínico aleatorizado de grupos en paralelo. [Internet]. 2013. [citado el 15 de noviembre del 2016].

26. Battellino L. y Bennun F. Nivel de información y conducta farmacoterapéutica de los odontólogos, 1990. [internet] 2013. Citado el 6 de diciembre del 2016
27. Pozos A, Aguirre P, Pérez J. Manejo clínico farmacológico del dolor dental. ADM [internet]. 2008 [citado 08 de setiembre 2016]; No.1.
28. Graos K, Perea M. Medicación analgésica posquirúrgica en pacientes atendidos en el Servicio de Odontología Pediátrica de la Clínica Estomatológica Central Cayetano Heredia 2000-2004. [internet] 2007. [citado el 6 de noviembre del 2016].
29. De La Cruz P. Conocimiento sobre la prescripción farmacológica de los estudiantes de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el 2013 [Tesis en línea]. Perú: Departamento de Odontología, Universidad Alas Peruanas; 2013. [Citado 21 de enero de 2017]. URL
30. Altamirano R. Nivel de conocimiento sobre prescripción farmacológica antiinflamatoria odontopediátrica de los estudiantes que cursan Clínica Integral Pediátrica en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán; 2015 [Tesis en línea]. Perú: Departamento de Odontología, Universidad Señor de Sipán; 2015. [Citado 21 de enero de 2017].
31. N. ROGERS, James. Toma de decisiones en el tratamiento del dolor. 2da ed. Madrid: Elsevier España, 2007. p. 2, cap. 1 - GUIU, Matías. Convivir con el dolor neuropático. 1ra ed. Madrid: Medica Panamericana, 2006.p. 1.
32. OLAF Sander Montilla, Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial 2007, pág. 102 - <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2010/pagina7.html>
DONADO, Manuel. Cirugía Bucal. Barcelona: Masson S.A, 2006.p 379 - 54
HUPP, James R. Cirugía oral y Maxilofacial: Contemporánea. 5ta ed. Barcelona: Elsevier España, 2010.p. 198 - LAGO, Lucia. Exodoncia del tercer molar inferior: Factores anatómicos quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio. España: Santiago de Compostela, 2007p. 32
33. Cevallos LS. Estudio de los procesos inflamatorios más frecuentes relacionados con el diagnóstico y tratamiento de los terceros molares mandibulares en la Facultad Piloto de Odontología. [tesis]. Guayaquil (Ecuador): Universidad de Guayaquil; 2013. 8. Alejandro VC. Antibioticoterapia preoperatoria aplicada a pacientes con endocarditis bacteriana e hipertensión dentro del consultorio odontológico. 70 [tesis]. Guayaquil (Ecuador): Universidad de Guayaquil. Facultad piloto de Odontología; 2013.
34. Weil K., Hooper L., Afzal Z., Esposito M., Worthington HV, Coulthard P. Paracetamol para el alivio del dolor posterior a la extracción quirúrgica de la muela del juicio inferior. [internet] 2008. [Citado el 01 de agosto del 2015].

35. Ramírez MC. Complicaciones de la extracción dentaria en pacientes atendidos en el consultorio odontológico. [tesis]. Yaracuy (Venezuela): Ministerio de Salud Pública; 2008
36. Sandner MO. Tratado de cirugía Oral y Maxilofacia I. [Internet]. Colombia: Amolca; 2007 [consultado 20 abril 2015], 1050p.

LINCOGAFRIA

1. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>
2. <http://scielo.isciii.es/pdf/medicorpa/v12n3/02.pdf>
3. <https://books.google.com.pe/books?id=BeQ6D40wTPQC&printsec=rontcover&dq=farmacologia&hl=es419&sa=X&ei=4YeaVZSLGcOVNoXzkAL&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=farmacologia&f=false>
4. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet>
5. <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/TSIS/“Uso%20de%20los%20Analgesicos%20opioides%20en%20el%20campo%20odontológico”.pdf>
6. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23990/1/TESIS.pdf> pag. 16
7. <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/4/art9.asp#top>.
8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26615502>
<file:///C:/Users/Usuario/Desktop/TSIS/antibioticos.pdf>
<https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/41057>
9. https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/0000cap7_aines.pdf
10. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000400008
11. <http://www.elsevier.es/esrevista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-prescripcion-medicamentos-unaclinica-odontologica-13118187>
12. <http://scielo.isciii.es/pdf/medicorpa/v12n3/02.pdf>
13. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19006es/s19006es.pdf> 72
14. https://elsevier.es/Healthcare+and+Safety+PRescripcion&hl=es&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMIIn-_Uy_7bxgIVhjuICh2KLgtU#v=onepage&q=Healthcare%20and%20Safety%20PRescripcion&f=false
15. <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/140/TESIS.pdf;jsessionid=40646C1E0794D6FC84D2966AE4A7130F?sequence=1>
16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15316540>
17. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/1151>,
<file:///C:/Users/Usuario/Desktop/TSIS/exodoncia%20y%20dolor%20pos.pdf>
<http://www.libreriamedica8a.com/productos/224.htm>
http://www.javeriana.edu.co/academiapgendoncia/i_a_revision18.html

18. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/8210>
19. http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v11n2/205_215.pdf
20. <https://es.scribd.com/document/319814114/2013-Dexametasona-REV-Cir-Oral-Maxilo> 8-y-4-Mg-
21. <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/4/art9.asp#top>.
22. <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2008/od081e.pdf>
23. <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1858>
24. <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/PAOLADELACRUZ.pdf>].
25. <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/143/1/INFORME%20COMPLETO%20ROXANA%20ALTAMIRANO%20V%20C3%81SQUEZ.pdf>
26. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-05582009000300007&script=sci_arttext
27. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid
28. <http://www.angelfire.com/pro/enriquec/p7.html> pag 55- 58
29. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/11859>
30. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-05582016000400188&script=sci_arttext&lng=pt
31. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000100005&lng=es&nrm=iso y
<http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/1164>
32. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130055815000362>
33. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2376>
34. <http://www.cochrane.org/es/CD004487/paracetamol-para-el-alivio-del-dolor-posterior-a-la-extraccion-quirurgica-de-la-muela-del-juicio-inferior>.
35. <http://www.amazon.com/Tratado-Cirug%20ADa-Oral-y-Maxilofacial/dp/9588328039>

VI. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
FRECUENCIA DE PRESCRIPCION ANALGESICA Y ANTIBIOTICA POST-
EXODONCIA EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DEL
DISTRITO DE SAPOSA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nª H.C.:

Fecha:

Sexo: Femenino

Masculino

Edad:

| ANALGESICO | | | | | | |
|-------------------|---------|--------------|-------|----------|--------|--|
| Tipo de exodoncia | Fármaco | Presentación | Dosis | Cantidad | Tiempo | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| ANTIBIOTICO | | | | | | |
|-------------------|---------|--------------|-------|----------|--------|--|
| Tipo de exodoncia | Fármaco | Presentación | Dosis | Cantidad | Tiempo | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ANEXO 2

ANÁLISIS DE CONCORDANCIA DE PRESCRIPCIÓN ANALGÉSICA Y ANTIBIÓTICA POST-EXODONCIA

| PRESCRIPCIÓN ANALGÉSICA Y ANTIBIÓTICA POST-EXODONCIA | | | ENVESTIGADORA | | |
|---|-------------|-------------|---------------|-------------|--------|
| | | | Analgésico | Antibiótico | Total |
| ESPECIALISTA | Analgésico | Recuento | 28 | 1 | 29 |
| | | % del total | 57,1% | 2,0% | 59,2% |
| | Antibiótico | Recuento | 1 | 19 | 20 |
| | | % del total | 2,0% | 38,8% | 40,8% |
| Total | Recuento | | 29 | 20 | 49 |
| | % del total | | 59,2% | 40,8% | 100,0% |

| | | Valor | Error estándar | | |
|--------------------|-------|-------|----------------|----------|-------------|
| | | | asintótico | Aprox. S | Aprox. Sig. |
| MEdida de acuerdo | Kappa | ,916 | ,058 | 6,409 | ,000 |
| N de casos válidos | | 49 | | | |

Dado que la prueba de kappa es altamente significativa ($p < 0.01$) entonces existe concordancia entre los resultados del especialista con los resultados de la investigadora (0,916) sobre el instrumento de medición para prescripción analgésica y antibiótica post-exodoncia. Esto es:

Para el especialista existen 28 (57.1%) mediciones para prescripción analgésico post-exodoncia, al igual que el resultado de la investigadora, por otro lado, también 19 (38.8%) mediciones para prescripción de antibiótico post-exodoncia, al igual que el resultado de la investigadora.

En total de coincidencias ($28+19 = 47$) de 49 ósea el 95.9% de concordancia entre los resultados del especialista con los resultados de la investigadora en el instrumento de medición para prescripción analgésica y antibiótica post-exodoncia.

ANEXO 3

VALIDEZ DE EXPERTOS PARA EL INSTRUMENTO DE MEDICION

Mediante el presente documento hacemos constar que hemos validado el instrumento de medición del proyecto de investigación titulada “**FRECUENCIA DE PRESCRIPCIÓN ANALGÉSICA Y ANTIBIÓTICA POST-EXODONCIA EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DE LA RED HUALLAGA DEL DISTRITO DE SAPOSOA**” para realizar la aplicación del mismo y lograr los fines de la investigación

ANEXO 3

Valorización del instrumento

VALORACION DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: "FICHA DE RECOLECCION DE LA DATOS SOBRE FRECUENCIA DE PRESCRIPCION ANALGESICA Y ANTIBIOTICA POST-EXODONCIA."


OBJETIVO: Determinar la frecuencia de prescripción analgésica y antibiótica post-exodoncia en el servicio de odontología del centro de salud del distrito de Saposoa, en el periodo del mes de enero a julio del 2018."

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

ASCANOA OLAZO, JIMMY ANTONIO

GRADO ACADEMICO DEL EVALUADOR:

MAGISTER


Mg. C.D. Jimmy A. Ascansa Olazo
CIRUJANO DENTISTA
C. O. P. 19931

VALORACION: (Marque con aspa donde corresponda)

| Muy alto | alto | medio | bajo | muy | bajo |
|----------|------|-------|------|-----|------|
| | | | | | |

ANEXO 4

Solicitud de carta de presentación

Especie valorada
S/ 20.00

**UNIVERSIDAD
SEÑOR DE SIPÁN**

FORMATO DE SOLICITUD

Solicita: Carta de Presentación
Para la ejecución de Proyecto.

Señor (a), Srta. :
Dra. Manuel Valenzuela Ramos
Arelis Lucía Salazar Caro con DNI N° 41838928
(Nombres y Apellidos del solicitante)

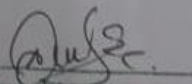
Email lunia28.14@gmail.com Teléfono 978021585 Dirección San Martín 1396 S.L.T.

Ante Ud. Con el debido respeto expongo lo siguiente:
Que en mi condición de: alumno de la Especialidad Estomatología VIII
(Padre – Docente- Alumno)- (Especialidad – Ciclo)

Recurro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:
 Carta de Presentación
Dirigida a la Directora de la Unidad de Salud Bucal
doctra Erika Milagros Vargas Angulo
 Título Proyecto Frecuencia de Prescripción Analgésica
y Antibiótica post-exodoncia para realizar revisión de historias
clínicas.

Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponda se atienda mi petición por ser de justicia.

Chiclayo, 5 de noviembre 2018


Firma del Solicitante

Anexos:
a. _____
b. _____
c. _____

ANEXO 5

Carta de presentación

**USS | UNIVERSIDAD
SEÑOR DE SIPÁN**
Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

Pimentel, 06 de noviembre de 2018

Sra. Obstetra
Erika Milagros Vargas Angulo
Directora de la Red Huallaga

De mi consideración:

Me dirijo a Ud. para saludarlo muy cordialmente, y a la vez presentarle a la alumna de Estomatología del IX ciclo, **SANCHEZ CARO ARELIS AURIA** quien estará realizando el proyecto de tesis: "Frecuencia de prescripción analgésica y antibiótica post exodoncia"; por medio del cual se estarán revisando las historias clínicas, en el horario y fecha coordinada con su persona para la no interferencia de las actividades asistenciales a su cargo.

Sin otro particular, y agradecido por la atención que le brinde a la presente, me despido de usted.

Atentamente,


UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN SAC

Mag. CC. Esp. Pablo Edmundo Urbecho Vera
SEÑOR DE SIPÁN - FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

cc.archivo

ADMISIÓN E INFORMES
074 481610 - 074 481632
CAMPUS USS
Km. 5, carretera a Pimentel
Chiclayo, Perú

www.uss.edu.pe

ANEXO 6

Cargo

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN
Año del Diálogo y Reconciliación Nacional

CARGO

Pimentel, 06 de noviembre de 2018


Sra. Obstetra
Erika Milagros Vargas Angulo
Directora de la Red Hualtaya

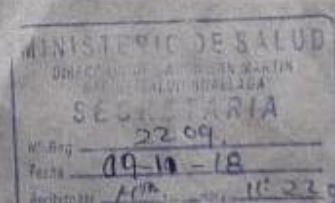
De mi consideración:

Me dirijo a Ud. para saludarlo muy cordialmente, y a la vez presentarle a la alumna de Estomatología del IX ciclo, **SANCHEZ CARO ARELIS AURIA** quien estará realizando el proyecto de tesis "Frecuencia de prescripción analgésica y antibiótica post exodoncia", por medio del cual se estarán revisando las historias clínicas, en el horario y fecha coordinada con su persona para la no interferencia de las actividades asistenciales a su cargo.

Sin otro particular, y agradecido por la atención que le brinde a la presente, me despido de usted.

Atentamente,

 UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN SAC
Mg. Dr. Fco. Pablo Huaraca Becerra
Jefe de Oficina de Estudios de la Salud



cc: archivo

ADMISIÓN E INFORMES
074 481610 - 074 481627
CAMPUS USS
Rm. 3, Casillero y Pimentel
Chilayo, Perú
www.uss.edu.pe

ANEXO 8

FOTOS DE LA RED HUALLAGA EN EL DISTRITO DE SAPOSOA

