**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

**SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SATISFACCIÓN DEL CONTROL POSTQUIRÚRGICO DEL DOLOR, EN REGIMEN NO OPIOIDE, DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA DE TERCEROS MOLARES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, EN EL PERÍODO DEL 15 DE SETIEMBRE AL 15 DE DICIEMBRE DE 2019**

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Odontología General Avanzada para optar al grado y título de Especialista en Odontología General Avanzada

**SUSTENTANTE: CATHERINE SEQUEIRA VALVERDE**

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

Enero 2020

**DEDICATORIA**

A Dios por ser nuestro creador y protector, que siempre ha sido fiel a su palabra.

A mi hijo José Antonio, por ser mi eterno compañerito de estudio, quién me acompañó en cada día de lecturas y asignaciones, a la paciencia de mi pequeño hombrecito, por creer en mí y sobre todo por ser mi motor de vida.

A mi familia por su apoyo, por ser un pilar en mi vida, mi fuerza, por amarnos y cuidarnos tanto a José Antonio y a mí.

**AGRADECIMIENTOS**

Primero agradezco a Dios, por abrirme puertas para llegar a la meta de este proyecto profesional.

Agradezco a cada uno de los profesores e instructores de este posgrado, por su paciencia, tiempo y sabiduría compartida.

A mis tutores y mentores tanto institucionales como externos, por sus aportes y por ser una guía y apoyo en todo momento.

Finalmente, agradezco aquellos amigos y compañeros que estuvieron presentes durante el desarrollo y cumplimiento de una de mis mayores metas profesionales.



# TABLA DE CONTENIDOS

Contenido

[DEDICATORIA ii](#_Toc31586278)

[**AGRADECIMIENTOS** iii](#_Toc31586279)

[TABLA DE CONTENIDOS v](#_Toc31586280)

[RESUMEN EJECUTIVO vii](#_Toc31586281)

[CAPÍTULO I 2](#_Toc31586282)

[**1.1.** **INTRODUCCIÓN** 2](#_Toc31586283)

[**1.2.** **ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN** 3](#_Toc31586284)

[**1.3.** **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN** 5](#_Toc31586285)

[**1.4.** **OBJETIVOS** 5](#_Toc31586286)

[1.4.1. Objetivo general 5](#_Toc31586287)

[1.4.2. Objetivos Específicos 5](#_Toc31586288)

[**CAPÍTULO II** 7](#_Toc31586289)

[**MARCO TEÓRICO** 7](#_Toc31586290)

[2.1. TERCEROS MOLARES RETENIDOS 7](#_Toc31586291)

[2.1.1. Etiología 8](#_Toc31586292)

[2.1.2. Patogénica 11](#_Toc31586293)

[2.1.3. Incidencia de piezas retenidas 12](#_Toc31586294)

[2.1.4. Principios en el manejo de un diente impactado 13](#_Toc31586295)

[2.1.5. Indicaciones 13](#_Toc31586296)

[2.1.6. Contraindicaciones 18](#_Toc31586297)

[2.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO 21](#_Toc31586298)

[2.2.1. Antinflamatorios no esteroideos (AINES) 21](#_Toc31586303)

[2.2.2. Mecanismo de Acción 22](#_Toc31586304)

[2.2.3. AINES como tratamiento farmacológico en cirugía de terceras molares 23](#_Toc31586305)

[2.3 DOLOR 28](#_Toc31586306)

[2.3.1. Medición del Dolor 29](#_Toc31586308)

[2.3.2. Escala Análoga Visual 30](#_Toc31586309)

[2.3.3. Escala Numérica Verbal 31](#_Toc31586310)

[2.4 SATISFACCIÓN 32](#_Toc31586311)

[CAPÍTULO III 37](#_Toc31586312)

[MARCO METODOLÓGICO 37](#_Toc31586313)

[3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN 37](#_Toc31586315)

[3.2. SUJETOS Y POBLACIÓN DE ESTUDIO 37](#_Toc31586316)

[3.3. FUENTES DE INFORMACIÓN 37](#_Toc31586317)

[3.4. MUESTREO 38](#_Toc31586318)

[3.5. ALCANCES Y LIMITACIONES 40](#_Toc31586319)

[3.5.1. Alcances 40](#_Toc31586320)

[3.5.2. Limitaciones: 40](#_Toc31586321)

[3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 40](#_Toc31586322)

[3.7. INSTRUMENTO DE RECOPILACIÓN DE DATOS 41](#_Toc31586323)

[3.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN 42](#_Toc31586324)

[CAPÍTULO IV 44](#_Toc31586325)

[ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADO 44](#_Toc31586326)

[CAPÍTULO V 53](#_Toc31586327)

[5.1. CONCLUSIONES 53](#_Toc31586330)

[5.2. RECOMENDACIONES 54](#_Toc31586331)

[**ANEXO 1** 56](#_Toc31586332)

[**BIBLIOGRAFÍA** 59](#_Toc31586333)

# RESUMEN EJECUTIVO

El dolor es una experiencia desagradable, la cual se considera subjetiva y que pueden presentar todos los seres vivos, producto de una lesión o trauma; por lo tanto es una complicación postoperatoria que se presenta con frecuencia, luego de una cirugía de terceros molares, esto es entendido por los pacientes, por ello implica que esperen que el profesional en salud, les prescriba, los medicamentos necesarios para paliar el mismo y de esta manera minimizar el impacto en su vida diaria y mantener un proceso de recuperación satisfactorio.

La finalidad de este estudio es evaluar por medio de la escala verbal de dolor (ENV), el grado de dolor percibido por los pacientes en su proceso de recuperación postquirúrgica, y de esta manera conocer su satisfacción respecto al tratamiento farmacológico prescrito por el profesional en salud, Además se espera brindarle a los odontólogos especialistas, odontólogos generales y estudiantes, la información necesaria, respecto a cómo tratar una complicación tan frecuente, sin dejar de lado el motivarlos a la constante investigación, siempre en beneficio de los pacientes.

El presente estudio por su profundidad inicia como descriptivo porque persigue el entendimiento acerca de un fenómeno, en este caso el dolor y el grado de satisfacción del paciente en el control del mismo, por su alcance temporal esta investigación es de carácter transversal, ya que el estudio considera un paciente que se realizó una cirugía de terceros molares entre el intervalo del 15 de setiembre del 2019 al 15 de diciembre de 2019.

Al final del estudio se evidenció, que un total de 26 pacientes de la población muestra, indicó sentirse totalmente satisfecho, según la escala de satisfacción utilizada de 1(nada satisfecho) a 5 (totalmente satisfecho), con el tratamiento farmacológico prescrito, para control del dolor postquirúrgico, con una representación de 46.43%, de 56 pacientes del total de la muestra de estudio. Con respecto al grado de dolor presentado en el periodo de recuperación, se evidenció que un 51.79% de los pacientes indicaron haber presentado un dolor leve, sin dejar de lado que un 14.29% de los sujetos estudiados, refirieron no haber sentido dolor alguno en el mismo proceso. En lo que respecta a la presencia de complicaciones postquirúrgicas adicionales solamente un 5.9% presentaron complicaciones como trismus, edema o infección. La población determinó que las pacientes de género femenino son aquellas que más se someten a este tipo de cirugías con un 59%, sobre los de género masculino con un 41%, y finalmente en cuanto a la edad el grupo de edad más representado es de 14 a 19 años, con un 45% del 100% de la población total.

**LISTA DE CUADROS**

**Cuadro1…………………………………………………………………pág. 44**

**Cantidad y porcentaje de pacientes que fueron sometidos a cirugía de terceros molares, según rango de edad, por sexo, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios, en el periodo del 15 de setiembre al 15 de diciembre de 2019.**

**Cuadro2…………………………………………………………………pág. 46**

**Cantidad y porcentaje de pacientes que fueron sometidos a cirugía de terceros molares, según grado de dolor (escala de dolor ENV), por sexo, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios, en el periodo del 15 de setiembre al 15 de diciembre de 2019.**

**Cuadro3………………………………………………………………..…pág. 48**

**Cantidad y porcentaje de pacientes que fueron sometidos a cirugía de terceros molares, según grado de satisfacción respecto al control del dolor recibido, por sexo, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios, en el periodo del 15 de setiembre al 15 de diciembre de 2019.**

**LISTA DE GRAFICOS**

**Gráfico1……………………………………………………………..………pág. 45**

**Porcentaje de pacientes que fueron sometidos a cirugía de terceros molares, según rango de edad por sexo, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios, en el periodo del 15 de setiembre al 15 de diciembre de 2019.**

**Gráfico2…………………………………………………………….………..pág. 47**

**Porcentaje de pacientes que fueron sometidos a cirugía de terceros molares, según grado de dolor (escala verbal de dolor ENV), por sexo, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios, en el periodo del 15 de setiembre al 15 de diciembre de 2019.**

**Gráfico3………………………………………………………………………pág. 49**

**Porcentaje de pacientes que fueron sometidos a cirugía de terceros molares, según grado de satisfacción respecto al control del dolor recibido, por sexo, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios, en el periodo del 15 de setiembre al 15 de diciembre de 2019.**

**Gráfico4…………………………………………………………………………pág. 50**

**Porcentaje de pacientes que fueron sometidos a cirugía de terceros molares, que presentaron complicaciones transoperatorias y postoperatorias en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios, en el periodo del 15 de setiembre al 15 de diciembre de 2019.**

**LISTA DE ABREVIATURAS**

AINES: Antinflamatorios no esteroideos

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

ENV: Escala Numérica Verbal

IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor

SU: Satisfacción del Usuario

ERO: Inhibición de la generación de especies reactivas del oxígeno.

PMN: Inhibición de la liberación de enzimas lisosómicas por polimorfonucleares neutrófilos

**Capítulo I**

 **Introducción**

# CAPÍTULO I

* 1. **INTRODUCCIÓN**

El Dr. George Kruger (2000) menciona:

El hombre es sometido a una constante evolución , en la actualidad el hombre moderno presenta un perfil más vertical a causa de que la cantidad de piezas dentales ha disminuido, debido a que el hombre ha modificado su alimentación consumiendo una dieta más blanda y refinada, por el contrario en etapas prehumanas la dieta del hombre era totalmente primitiva, por lo cual le resultaba necesario un aparato masticatorio más poderoso necesitando una mayor cantidad de piezas dentales; por esta razón la línea prepituitaria de los maxilares se deslizaba hacia adelante presentando un perfil donde la frente era retruida y el maxilar protruido. Es por lo anterior que el hombre moderno presenta mayores cantidades de piezas retenidas (p. 81).

 Los terceros molares retenidos son causantes de una serie de afecciones mucosas, linfáticas, nerviosas y tumorales, por lo que en una gran mayoría de los casos que se presentan, su eliminación se vuelve necesaria.

 La cirugía oral es la rama de la odontología encargada del estudio de la ubicación y formación de los terceros molares, así como de otras piezas impactadas y además realiza el procedimiento quirúrgico en el cual se da la exéresis de dichas molares impactadas conocido como criptodontectomía; al ser un procedimiento invasivo se pueden presentar una serie de complicaciones transoperatorias, como postoperatorias, algunas de mayor complejidad y molestia para el paciente dentro de las cuales podemos destacar el dolor.

 En la actualidad, muchos países desarrollados realizan el proceso de paliación del dolor como consecuencia quirúrgica esperada, mediante medicamentos de tipo opioide, exponiendo a los pacientes a los efectos secundarios propios de los mismos, y perdiendo la posibilidad de utilizar el efecto antinflamatorio que nos ofrece los antinflamatorios no esteroideos.

 En el Hospital San Juan de Dios, específicamente en el Servicio de Cirugía Maxilofacial, se realizan un promedio de ocho cirugías diarias, para la remoción de terceros molares retenidos y es sumamente importante, poder paliar el dolor postoperatorio de los pacientes, permitiéndoles sobrellevar de una manera más satisfactoria su proceso de recuperación.

 El fin de esta investigación es verificar la satisfacción de los pacientes, en cuanto a control de dolor postquirúrgico se refiere, a la vez de mostrar que un paciente tratado mediante un régimen no opioide, puede tener un adecuado control del dolor y recuperarse satisfactoriamente.

 La investigación se llevará acabo de forma descriptiva, con una muestra representativa, aleatoria y sujeta a los pacientes que asisten al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios del 15 de setiembre al 15 de diciembre del 2019.

 Para un mayor entendimiento del estudio se definirán el término dolor, así como sus tipos, además se explicará el mecanismo de acción de los analgésicos opioides, así como de los analgésicos antinflamatorios no esteroideos.

* 1. **ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN**

 La remoción quirúrgica de los terceros molares retenidos, es un procedimiento que se realiza diariamente, en los servicios de atención odontológica, tanto del primer como del segundo nivel, institucional. Es fundamental tomar en cuenta que la realización del procedimiento descrito con anterioridad, a pesar de su frecuente realización puede presentar una serie de complicaciones como el dolor, edema, además de otras de carácter nervioso, e infeccioso.

 Según la Asociación Internacional para el Estudio del dolor, se define dolor como " El dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño” (IASP-2019).

 Es por lo anterior que se vuelve indispensable el proporcionales a los pacientes, mediante la terapia farmacológica, alivio durante su periodo de recuperación postquirúrgico, ya que esto les permitirá sentirse cómodos, mejorando su capacidad de autocuidado, además de su incorporación a su rutina diaria

 El estudio es de alta relevancia, ya que pretende demostrar cómo es posible, realizar un adecuado control de dolor postquirúrgico, bajo un régimen no opioide, propiamente con el uso de analgésicos antinflamatorios no esteroideos efectivos (AINES).

 Se motiva al servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios por medio de recomendaciones, a la prevención de complicaciones como lo es el dolor en pacientes sometidos a cirugía de terceros molares, continuando con el uso farmacológico de AINES; sen dejar de lado, el educar al paciente al consumo de los fármacos prescritos de manera puntual y correcta, a finde proporcionarle una mayor satisfacción, en cuanto al control del dolor postquirúrgico se refiere.

 Con los conocimientos obtenidos de esta investigación se espera poder ofrecer a los profesionales en odontología una herramienta que le permita enriquecer sus criterios y aclarar sus dudas, permitiéndole al paciente una disminución en la cantidad de pacientes que presentan dolor como complicación postquirúrgica; lo que permite a los pacientes poder sobrellevar su periodo de recuperación de manera más satisfactoria. Así como también de una manera pragmática se pretende demostrar que el uso de fármacos opioides en cirugía oral debe quedar relevado para casos excepcionales, como alergias medicamentosas y no como práctica rutinaria.

* 1. **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el grado de satisfacción del control postquirúrgico del dolor, en régimen no opioide, del paciente sometido a cirugía de terceros molares en el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital San Juan de Dios, en el período del 15 de setiembre al 15 de diciembre de 2019?

* 1. **OBJETIVOS**
		1. Objetivo general

Conocer el grado de satisfacción del control postquirúrgico del dolor, en régimen no opioide, del paciente sometido a cirugía de terceros molares en el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital San Juan de Dios, en el período del 15 de setiembre al 15 de diciembre de 2019

* + 1. Objetivos Específicos
* Describir el perfil demográfico de los pacientes que presentan dolor post cirugía de terceros molares.
* Medir el grado de dolor que presentan pacientes según la escala numérica verbal (ENV) post cirugía de terceros molares.
* Identificar la satisfacción de los pacientes en cuanto al control del dolor post cirugía de terceros molares.
* Identificar la presencia de otras complicaciones, transoperatorias y postoperatoria sen los pacientes que presentan dolor como complicación post quirúrgica.

Capítulo II

Marco Teórico

**CAPÍTULO II**

**MARCO TEÓRICO**

## 2.1. TERCEROS MOLARES RETENIDOS

Sapp, Eversole y Wisocki (1998) mencionan:

Los dientes que no hacen erupción por causa de apiñamiento de la arcada dentaria, localización carente de vías de erupción o que son obstaculizados por alguna barrera física, se denominan dientes impactados o retenidos. Aunque cualquier diente puede estar impactado, los más frecuentes son los terceros molares de mandíbula y el maxilar superior y los caninos maxilares, seguidos de los segundos premolares y los dientes supernumerarios del maxilar superior (p. 5).

Según Raspall (1994): “Se conoce como diente no erupcionado aquel que aún no ha perforado la mucosa oral y no ha adquirido su posición en la arcada dentaria, en relación con la edad del paciente” (p. 145).

También Sapp et al., (1998) dice: “Un diente totalmente impactado que está rodeado totalmente por hueso se considera como totalmente impactado, mientras que uno situado parcialmente en el hueso y parcialmente en tejido blando se considera como parcialmente impactado” (p. 5).

De nuevo Raspall (1994) opina: “Se considera un diente incluido aquel que ha perdido su fuerza de erupción y se encuentra retenido en el maxilar, rodeado aún de su saco pericoronario intacto y de un lecho óseo.

Tanto los dientes impactados como los dientes no erupcionados son incluidos” (p. 145).

### 2.1.1. Etiología

#### 2.1.1.1. Etiología piezas incluidas

Gay y Berini (2004) refieren:

Las etiopatogenias de las anomalías de erupción dentaria no se conocen completamente. El hecho de esta peculiar anormalidad en la erupción de los dientes debe buscarse en su causa primera en el mismo origen de la especie humana, en el eslabón en que el hombre como tal inicia su línea evolutiva, desde Homo habilis a Homo erectus, Homo sapiens y el hombre actual u Homo sapiens sapiens, por lo que ello comportó (p. 342).

Desde el punto de vista antropológico, existe consenso en que el desarrollo social e intelectual determina un aumento del tamaño del cerebro y con ello las dimensiones de la caja craneana a expensas de los maxilares. Una dieta más blanda y refinada que requiere menos masticación ha hecho innecesario un aparato masticatorio poderoso. El número de personas con dientes retenidos es cada vez mayor, y no cabe duda de que con el desarrollo humano todos los terceros molares vayan a desaparecer en el hombre. (Moura Leal, Freire , da Silva Rodríguez, Méndez Súya, & Olate, 2011)

Hootón afirmó que las diferentes partes que forma el aparato estomatognático han disminuido en proporción inversa a su dureza y plasticidad, es decir, lo que más ha empequeñecido son los músculos, porque ha disminuido la función masticatoria, seguidamente los huesos y por último los dientes. Una dieta más blanda refinada que requiere menos trabajo de masticación, favorece esta tendencia, lo que hace innecesario poseer un aparato estomatognático poderoso. Funcionalmente el hombre primitivo presentaba una oclusión borde a borde y una abrasión oclusal e interproximal durante toda su vida, debido a la masticación de alimentos duros poco elaborados lo que favorecía el equilibrio contenido- continente al compensar la reducción del tamaño de los maxilares (p. 342).

#### 2.1.1.2. Etiología de terceros molares retenidos

Según Gay y Berini (2004): “La frecuencia de patología inducida por el tercer molar es muy elevada, y en nuestro medio sobre todo el cordal inferior, debido a condiciones embriológicas y anatómicas singulares” (p. 355).

La teoría más aceptada de la causa de retención dentaria es la que plantea que, debido a que la dieta moderna no requiere un gran esfuerzo en la masticación, los maxilares se vuelven demasiado pequeños para acomodar los terceros molares. En apoyo a esa teoría se observa la ausencia congénita de terceros molares o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar. Otros dientes presentan ausencia congénita o malformaciones, pero no tan frecuentemente como los terceros molares.(Fuentes Fernández & Oporto Venegas , 2009)

* Condiciones embriológicas

Los terceros molares nacen de un solo cordón epitelial, particularmente su mamelón se desprende del segundo molar. La calcificación de este molar inicia entre los 8-10 años del paciente y termina a los 25 años, el desarrollo del mismo se da en un espacio realmente limitado, además el hueso durante su desarrollo presenta la tendencia de tirar hacia distal aquellas raíces que no están calcificadas, es por esto que erupciona de forma oblicua causando que impacte contra el segundo molar, en el caso de los terceros molares superiores presentan la tendencia de situarse en los niveles más altos de la tuberosidad maxilar vestibularizándose. La evolución del tercer molar es de abajo hacia arriba y de atrás hacia delante.

* Condiciones anatómicas

El desarrollo del tercer molar se ve afectado por las condiciones anatómicas, como lo es el insuficiente espacio retromolar, el cuál va disminuyendo conforme se da el crecimiento mandibular asociado a la evolución del hombre según la anteriormente mencionada teoría filogenética.

Graber consideró que la dirección, así como la falta de espacio son determinantes fundamentales en la impactación o erupción del tercer molar, además determinó que la probabilidad de impactación de un tercer molar es más frecuente en aquellos pacientes con crecimiento condilar en dirección vertical, poco crecimiento alveolar, rama ascendente larga, longitud mandibular corta y una mayor inclinación mesial.

Las faltas de espacio óseo asociado a las referencias anatómicas causan que el problema empeore aún más, las referencias anatómicas son:

De acuerdo con Gay y Berini (2004): Delante: El segundo molar limita el enderezamiento del tercer molar que puede traumatizarlo a cualquier nivel.

* Debajo: El tercer molar está en relación más o menos estrecha con el paquete vásculo- nervioso contenido en el conducto dentario inferior. Esta proximidad es el origen de distintas alteraciones reflejas.
* Arriba: La mucosa laxa y extensible, no se retrae con el cordal, con lo que se puede formar, detrás del segundo molar, un fondo de saco donde los microorganismos pueden multiplicarse y provocar una infección” (p. 356).

Es importante mencionar que en el caso particular de los terceros molares superiores se desarrollan entre el segundo molar superior y la sutura pterigomaxilar quedando en dirección al seno maxilar, por lo tanto, se debe evitar que el cordal se desplace al mismo.

### 2.1.2. Patogénica

Gay y Berini (2004) expusieron las siguientes teorías:

#### 2.1.2.1. Teoría de Moty “Los accidentes tienen su origen en la supuración espontánea de una inclusión epitelial situada por detrás del tercer molar” (p. 356)

#### 2.1.2.2. Teoría mecánica “La irritación y la inflamación son debidas a la falta de espacio, a la dureza de la encía y a la resistencia del hueso. Esta patogenia mecánica explica también que las presiones del tercer molar contra el segundo molar y contra el grupo incisivo- canino produzcan desplazamientos dentarios (apiñamiento anterior) y alteraciones de la oclusión -contactos prematuros, y patología disfuncional de la articulación temporomandibular) “.(pág. 357).

#### 2.1.2.3. Teoría de neurológica “El cordal evoluciona cerca del conducto dentario inferior, y es responsable de los accidentes reflejos por irritación del nervio trigémino, y por los problemas vasomotores secundarios por las importantes conexiones del sistema simpático que acompañan al nervio alveolar inferior y los vasos del conducto dentario inferior” (p. 358).

#### 2.1.2.4. Teoría Capdepont Esta teoría se basa especialmente en la presencia de la cavidad pericoronaria y la retención microbacteriana que se aloja en la misma. La angulación de los terceros molares provoca la perforación del saco pericoronario contra el segundo molar, si el mismo queda en contacto con la cavidad bucal aumenta potencialmente la probabilidad de una infección. La existencia del fondo del saco retromolar y el pliegue mucoso favorecen másel proceso infeccioso esto debido al traumatismo masticatorio y la impactación de restos alimenticios. (Gay y Berini, 2004).

### 2.1.3. Incidencia de piezas retenidas

Se denomina dientes retenidos a aquellos que, una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico; actualmente se le denomina síndrome de retención dentaria por estar caracterizado por un conjunto de alteraciones, además de la ausencia del diente en la cavidad bucal. (Pentón García, Véliz Aguila& Herrera,2009).

Raspall (1994) expresa: “El tercer molar tiene la mayor incidencia de impactación dentaria y su extirpación quirúrgica es la intervención que con más frecuencia practican los cirujanos maxilofaciales” (p. 147).

Gay y Berini (2004) mencionan que: “Las piezas dentales que con mayor frecuencia se quedan retenidas son los terceros molares principalmente los inferiores, luego de estas se encuentran los caninos maxilares. Sinkovits y Policer estimaron que 1.69% de los pacientes entre los 15 y 19 años presenta dientes incluidos, sin contar los terceros molares. (p. 342).

Los terceros molares son los dientes que con mayor frecuencia se encuentran retenidos, Archer, da la siguiente lista de acuerdo con el orden de frecuencia:

* Terceros molares inferiores
* Terceros molares superiores
* Caninos maxilares
* Segundo premolar inferior
* Caninos inferiores
* Segundo premolar superior
* Incisivos centrales superiores
* Incisivos laterales superiores

Los terceros molares son las últimas piezas de la arcada dentaria en erupcionar, por lo tanto, presentan mayor probabilidad de impactarse o bien de desplazarse a estructuras vecinas, esto si no existe suficiente espacio en dicha arcada dentaria.

Gay y Berini (2004) refieren: El número de dientes incluidos en un mismo paciente es variable, Howe demostró que el 65.5% de las personas en una edad promedio de 20 años presenta por los menos un tercer molar impactado en cualquiera de los cuadrantes dentales, además se ha registrado la presencia de 25 dientes incluidos en un mismo paciente. Esta anomalía suele ser hereditaria y muchos factores han dado un papel destacado a este factor. En cuanto a la raza se ha constatado que las personas de raza negra presentan una frecuencia menor de inclusiones dentarias: se ha especulado que esto puede deberse al mayor tamaño de sus maxilares. (p. 343).

### 2.1.4. Principios en el manejo de un diente impactado

Como regla, Koesner (1994) dijo: “Como regla todo diente impactado debe removerse a menos que su eliminación no se indique” (pág. 234).

Rodríguez (1998) expresó en su tesis: “La extracción se debe realizar una vez que el dentista diagnostique que la pieza no va erupcionar. No dejarlo en el hueso hasta que produzca algún tipo de problema” (pág. 9).

Debe considerarse remover los dientes impactados luego de que el diagnóstico es realizado; la edad de erupción de un tercer molar es a los 20 años, aunque la erupción puede continuar hasta los 25 años. (Peterson, 1998).

###  2.1.5. Indicaciones

#### 2.1.5.1. Prevención de la enfermedad periodontal

Una pieza dental impactada, en este caso terceros molares, causan una predisposición en sus piezas adyacentes a sufrir de enfermedad periodontal. La presencia de un tercer molar mandibular provoca inflamación y pérdida ósea a nivel de la zona distal del segundo molar, además, esta zona es de difícil acceso para la limpieza e higiene oral aumentando potencialmente la flora perioodontopatógena, causando una bolsa periodontal. El paciente puede llegar a padecer de inflamación gingival, así como de retracciones y patologías periapicales como los son el absceso y el granuloma todo esto a nivel del segundo molar. El problema periodontal se da de forma más agresiva a nivel del maxilar superior.

#### 2.1.5.2. Prevención de la caries dental

Los terceros molares impactados o semimpactados presentan mayor susceptibilidad a la bacteria causante de las caries, esto debido a que con frecuencia se acumulan restos alimenticios, causando caries a nivel oclusal del tercer molar y en la cara distal del segundo molar, es importante extraer el tercer molar antes de restaurar el segundo molar, además de realizar los tratamientos correspondientes antes de que la caries cause una patología pulpar, pudiendo causar un absceso o infección periapical.

#### 2.1.5.3. Prevención de pericoronitis

En los terceros molares impactados o bien semierupcionados, en el espacio pericoronal se acumulan restos alimentarios y de placa bacteriana causando el desarrollo de un proceso inflamatorio. Pericoronitis se define como:

Según Gay y Berini (2004): “La infección que afecta los tejidos blandos que rodean la corona de un diente parcialmente erupcionado; la inflamación puede ser aguda, subaguda o crónica.” (p.360).

La pericoronitis por lo general se desarrolla y causa episodios recidivantes, por lo tanto es importante saber que la extracción del tercer molar nunca debe realizarse durante la evolución de alguno de los mismos, ya que aumenta la probabilidad de que el paciente sufra una complicación postoperatoria, especialmente la alveolitis.

#### 2.1.5.4. Prevención de reabsorción radicular

El diente impactado puede generar presión al grado de causar reabsorción radicular de la pieza adyacente, similar a la ocasionada por la presencia de un diente sucedáneo, es importante mencionar que las piezas que sufren reabsorción necesitan luego tratamiento endodóntico (Petterson, 1998).

#### 2.1.5.5. Dientes impactados debajo de prótesis dentales

En los pacientes conforme avanza la edad también lo hace la reabsorción de sus maxilares. A aquellos pacientes que deseen ser rehabilitados prostodonticamente se les debe eliminar las piezas impactadas, debido a que las mismas se vuelven más superficiales comenzando a observarse dando la apariencia de estar erupcionando, Las piezas retenidas frecuentemente interfieren en el ajuste de las prótesis y causan presión sobre el tejido blando que recubre el diente impactado; además, pueden causar dolor por caries y ulceraciones gingivales dando como resultado la iniciación de infecciones odontogénicas.

#### 2.1.5.6. Prevención de quistes y tumores odontogénicos

Cuando un diente se encuentra impactado el saco folicular se mantiene junto a éste. En muchos pacientes, el folículo dental mantiene su tamaño original, lo que puede producir la presencia de un queratoquiste o un quiste dentígero. Como regla general, si el espacio folicular alrededor de la corona es mayor de 3mm, el diagnóstico de un quiste se toma con mucha consideración (Petterson, 1998). Algunos ejemplos son:

* Granulomas: Descrito por Jablonski (1992): “Masa o nódulo de tipo tumoral de tejido de granulación (fibroblastos y papilas capilares en crecimiento activo) debidos a una reacción inflamatoria, a una infección como la sífilis o tuberculosis, a invasión de cuerpo extraño no viviente” (p. 974).
* Quistes dentígeros: La descripción de Sapp et al. (1998): “Quiste odontogénico que rodea la corona de un diente impactado, se debe a la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y el esmalte, produciéndose un quiste en cuya luz está situada la corona mientras la raíz o raíces permanecen por fuera” (p. 42).
* Ameloblastoma: Para Shafer, Hine y Levy (1986): “Es una neoplasia verdadera que se origina de tejido del tipo órgano del esmalte el cuál no sufre diferenciación si no hasta el punto de formar esmalte” (p. 28). Además, mencionaron que con buen criterio Robinsón lo describió como: “Crecimiento por lo regular unícéntrico, no funcional, intermitente, benigno, clínicamente persistente”.
* Tumores malignos: Los tumores malignos son aquellos que están formados por células cancerosas o patológicas que tienen la capacidad de diseminarse, invadir y destruir tejidos.

#### 2.1.5.8. Prevención de fracturas mandibulares

Los terceros molares mandibulares, sobre todo aquellos que se encuentran impactados, se desarrollan en el ángulo mandibular ocupando un espacio que debería ser hueso, es por esto que la mandíbula se vuelve más susceptible a sufrir fracturas iatrogénicas o traumáticas; la predisposición es mayor en aquellos casos en que la impactación de los terceros molares se da bilateralmente. En caso de fractura debe removerse primero la pieza retenida y luego realizar una reducción de la misma por medio de fijación intermaxilar; es importante mencionar que la reducción debe realizarse lo antes posible antes de que se pueda desarrollar un proceso infeccioso.

#### 2.1.5.9. Consideraciones del tratamiento ortodóncico

Los terceros molares interfieren frecuentemente los tratamientos ortodóncicos, como en los siguientes casos:

* Apiñamiento del grupo incisivo- canino: Esto se da debido a la fuerza, presión y empuje mesial que ejercen los terceros molares impactados sobre los molares y premolares, esto se da con más frecuencia en aquellas cordales bilaterales y mesioangulares; los movimientos que pueden generarse sobre el grupo incisivo- canino pueden ser: rotación de los incisivos, malposición de todo el grupo incisal y retrusión de los incisivos con respecto a los caninos vestíbuloversionados; todo esto favorece la aparición de caries y enfermedad periodontal.
* Obstaculización del tratamiento ortodóncico: En aquellos pacientes que requieran tratamiento ortodóncico para lograr la retrusión del primer y segundo molar, los terceros molares interfieren con este propósito, por lo tanto, se recomienda la exodoncia de las cordales antes de iniciar el tratamiento.

#### 2.1.5.10. Preparación para cirugía ortognática.

Para Fonseca (2000) “Al paciente que va a ser sometido a cirugía ortognática, se le deben remover los terceros molares con seis meses de anticipación, si son mandibulares y dos meses si están en el maxilar superior, lo anterior a fin de realizar el procedimiento quirúrgico en un hueso regenerado más estable a fin de evitar fracturas” (p.p 254, 255).

#### 2.1.5.11. Sanado periodontal óptimo

Una de las indicaciones más importantes para remover terceros molares es preservar la salud periodontal (Peterson, 1998)

#### 2.1.5.12. Tratamiento de radioterapia o quimioterapia

Antes de iniciar el tratamiento de radioterapia en pacientes con neoplasia debe realizarse la exodoncia de todo diente impactado, esto siempre que el diente no forme parte de la lesión, de ser así; debe incluirse en la pieza quirúrgica de resección mandibular. Un diente retenido en hueso ya irradiado es mejor dejarlo mientras permanezca asintomático, ya que existe riesgo de radionecrosis lo cual complicaría la extracción, de ser necesaria la exodoncia quirúrgica debe realizarse con el mínimo traumatismo y bajo amplia cobertura antibiótica

### 2.1.6. Contraindicaciones

#### 2.1.6.1. Edad extrema

La edad del paciente es de gran importancia:

* Pacientes de edad avanzada: en estos pacientes se debe considerar que el hueso es más denso y mineralizado dificultando la extracción y aumentando la posibilidad del mismo a sufrir complicaciones postoperatorias, además, es importante mencionar que si el diente se ha mantenido por muchos años asintomático, completamente recubierto de hueso y sin contacto con la cavidad oral, no resulta necesaria la remoción quirúrgica.
* Pacientes precoces: en aquellos pacientes muy jóvenes se debe esperar a que esté formado al menos 2/3 de la longitud de la raíz, ya que de lo contrario resulta mayormente traumático para el paciente y puede comprometer estructuras adyacentes.
1.

#### Compromiso sistémico

Los pacientes sistémicamente comprometidos, son generalmente de edad avanzada. Siempre que la pieza esté asintomática la remoción quirúrgica es electiva, cuando el paciente presenta trastornos respiratorios, cardiovasculares, plaquetarios o de coagulación se considera dejar el diente en el proceso alveolar. Si el paciente se muestra sintomático, el cirujano debe tratar con el médico tratante a fin de reducir el daño operatorio y disminuir las secuelas.

#### Daño a estructuras adyacentes

Para Raspall (1994): “Un riesgo claro de lesión al paquete neurovascular, al seno maxilar o a dientes vecinos no justifica la exodoncia de un diente impactado, sin signos ni síntomas de patología” (p. 154).

#### Estudio previo a la cirugía de terceros molares

El estudio de los terceros molares debe basarse en la historia clínica de cada paciente; además, del examen clínico y radiográfico considerando la ortopantomografía como elemento fundamental para obtener un diagnóstico preciso. Se deben considerar los siguientes aspectos:

* Angulación: Debe valorarse el eje axial del tercer molar en relación con el segundo molar, la impactación deberá ser valorada según la clasificación que realizó George Winter en 1926, sin dejar de lado la relación buco- lingual que presente.
* Relación con la rama ascendente: Según Raspall (1994): “Se valora el espacio existente entre la superficie distal del segundo molar el borde anterior de la rama ascendente mandibular, comparándolo con el tamaño mesiodistal de la corona del cordal. Cuanto menor sea este espacio mayor será la dificulta quirúrgica” (p.155).
* Profundidad del tercer molar: Se considerará según la relación con el plano oclusal de las demás piezas, tomando en cuenta la clasificación de Pell- Gregory que estudiaremos más adelante. Aquellas piezas que se encuentren más profundas serán de mayor dificultad quirúrgica.
* Ligamento periodontal: Aquellas piezas cuyo ligamento periodontal se observe radiográficamente ensanchado se considerarán de menor complejidad que en aquellos casos en que no se observe.
* Saco folicular: La existencia de un saco folicular amplio facilitará el procedimiento quirúrgico.
* Morfología radicular: Se bebe considerar que los terceros molares no presentan una morfología radicular que los caracterice a diferencia del resto de los molares. Es importante valorar el número, tamaño y dirección de las raíces y de este modo elegir el procedimiento quirúrgico más adecuado.
* Corona del tercer molar: La corona de los terceros molares presenta variaciones en cuanto a su forma y tamaño, es importante observar si presenta caries extensas que puedan causar que se fracture.
* Relación con el segundo molar: Se debe considerar la posición y morfología radicular del mismo, que pueden dificultar la extracción del tercer molar. Es importante tener extremo cuidado de no luxar este molar en el momento de la extracción.
* Conducto dental inferior: El conducto dental inferior se observa radiográficamente, suele localizarse inferior y externo al tercer molar mandibular, aquellos casos en que el tercer molar pueda lesionar este paquete vásculo- nervioso debe advertírsele al paciente acerca de una posible parestesia como complicación postquirúrgica.
* Seno maxilar: El seno maxilar se localiza en el maxilar superior, su suelo es el proceso alveolar y su punto de mayor declive se localiza a nivel apical del primer molar, a pesar de ello a la hora de extraer el tercer molar superior puede afectarse el mismo provocando una comunicación buco- astral, una infección sinusal o bien que el tercer molar se desplace dentro del mismo.
* Textura ósea: Para Raspall (1994): “La densidad ósea alrededor del diente orientará acerca de la mayor o menor dificultad de la exodoncia” (p. 156)

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1.
2. 1.
	2. 1. Antinflamatorios no esteroideos (AINES)

Estos son antinflamatorios no esteroideos, que se utilizan con mayor frecuencia, en la actualidad, los mismos presentan una inhibición de la mayoría de ciclooxigenasa I, conocida como COX-1, la cual está presente en diversos tejidos y contribuye en las reacciones fisiológicas; así como la ciclooxigenasa 2, que podemos encontrar en tejidos lesionados, y es conocida como COX-2.

La inhibición de COX-2 media los efectos no deseados de la inflamación, pero la simultánea inhibición de cox-1 ocasiona efectos colaterales que son consecuencia de la disminución en la síntesis de prostaglandinas, prostaciclinas y tromboxanos.(Pérez Ruiz, López Mantecón, & Grau León,2002)

En el grupo de los AINES, se incluyen una gran cantidad de compuestos diferentes, que en su mayoría no tienen relación química alguna; más sin comparten efectos terapéuticos y adversos, entre sí.

### Mecanismo de Acción

El conocer el mecanismo de acción de los AINES, ayuda a entender y prevenir los posibles riesgos y efectos secundarios. Los AINES tras su absorción y un primer paso hepático se unen fuertemente a la albúmina. Este hecho tiene interés en situaciones de hipoalbuminemia, como en la cirrosis o en artritis crónicas activas, planteando ajustar la dosis por el incremento de mayor concentración de fármaco libre. A dosis equivalentes, la eficacia de los distintos AINES es similar, aunque existe una respuesta individual variable. También el riesgo de posibles efectos secundarios es variable entre los distintos AINES y los propios pacientes. Esta variabilidad incluye aspectos como la absorción, distribución y metabolismo de los fármacos, e incluso en los diversos mecanismos de acción propuestos. El mecanismo de acción de los AINE, no es único, como se describe a continuación:

Inhibición de la ciclo-oxigenasa (COX)

Es el mecanismo principal, evitando la producción de prostaglandinas, que actúan como mediadores de la inflamación a nivel periférico y central. Inhiben la prostaglandina-sintetasa, afectando a la transformación del ácido araquidónico en prostaglandinas, prostaciclina y tromboxano. Se conocen 2 formas de la enzima COX: COX-1 y COX-2:

a) COX-1. Es una enzima constitutiva que se encuentra en la mayoría de los tejidos. Se encarga de regular procesos como la protección gástrica, agregación plaquetaria, función renal y la homeostasis vascular. Por tanto, su inhibición puede provocar efectos secundarios a estos niveles.

b) COX-2.Esta enzima habitualmente no se detecta en los tejidos y aparece de forma inducida en estados de inflamación. Su expresión se inhibe por todos los AINES y también por los corticoides. En estos casos, los llamados AINE selectivos, al inhibir preferentemente la COX-2, consiguen una acción antiinflamatoria sin los efectos secundarios, especialmente gástricos, al no inhibir la enzima COX-1.(Rosas Gómez de Salazar, Santos Soler , Martín Doménech, Cortés Verdú, & Alvarez Cienfuegos)

Las prostaglandinas y leucotrienos son importantes mediadores del proceso inflamatorio y serán responsables de las manifestaciones clínicas de la inflamación.

Otros posibles mecanismos de acción de los AINES:

* Disminuyen la expresión de moléculas de adhesión celular (L-selectina) entre neutrófilos o células endoteliales.
* Restablecimiento de los ciclos normales de muerte celular programada (apoptosis). Como efecto de esto se ha observado disminución de cáncer y tamaño de pólipos adenomatosos de colon en individuos con uso crónico de AINES
* Inhibición de la generación de especies reactivas del oxígeno (ERO).
* Inhibición de la liberación de enzimas lisosómicas por polimorfonucleares neutrófilos (PMN).
* Inhibición de procesos asociados a la membrana celular. (Pérez Ruiz, López Mantecón& Grau León,2002)

### AINES como tratamiento farmacológico en cirugía de terceras molares

* + 1.

#### Ibuprofeno

El Ibuprofeno es un antiinflamatorio no esteroideo con propiedades antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas. Ibuprofeno es un antiinflamatorio no esteroideo derivado del ácido propiónico con propiedades antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas]. Su mecanismo de acción es debido a la inhibición de la síntesis de prostaglandinas mediante la inhibición de la ciclooxigenasa (COX-1 y COX-2). Las prostaglandinas desempeñan un papel esencial en la aparición de la fiebre, el dolor y la inflamación.(Garrigos Timodea, 2017)

El tiempo en que alcanza la concentración máxima entre 1 y 2 horas, posterior a la administración del fármaco por medio de la vía oral, presenta además una semivida de eliminación de 2 a 3 horas aproximadamente. Este medicamento es excretado del organismo de manera rápida por medio de la orina, principalmente en forma de metabolitos y sus conjugados; el ibuprofeno es clasificado dentro de los medicamentos de primera elección, estando indicado para dolor leve o moderado, incluso el postoperatorio traumático y en cuadros febriles, tanto en adultos como en niños, además de ser uno de los mejores AINES, en cuanto a tolerabilidad gastrointestinal, además de ser reconocido por su eficacia y seguridad.

Este medicamento fue descubierto por Stewart Adams, además de John Nicholson y Colin Burrows en 1961; inspirados con el propósito de encortar fármacos con una mayor eficacia que el Ácido Acetil Salicílico (AAS) y los corticoides. Actualmente es un medicamento de uso común, conocido a nivel mundial, el cual forma parte de la lista de medicamentos indispensables de la Organización Mundial del a Salud (OMS), como consecuencia a esto, es un de fácil adquisición y muy económico.(Garrigos Timodea, 2017)

Modo de Administración

Vía oral. Administrar con comidas o con leche especialmente si se notan molestias digestivas
Vía IV: administrar como una perfusión. IV durante 30 min

Dosificación:Adultos y niños mayores de 12 años: 200-400 mg por vía oral cada 4-6 horas o 400-800 mg por vía oral cada 6-8 hora(Bosch Núñez, Rodríguez Reyes& García Cabrera,2015).

Diversos estudios han demostrado que el efecto analgésico del ibuprofeno no se incrementa con dosis por encima de los 400 mg, probablemente debido a un efecto techo de la analgesia. En otro trabajo de evaluación de la respuesta analgésica dosis-dependiente del ibuprofeno se determinó que el uso del ibuprofeno a bajas dosis no fue suficiente para controlar el dolor postoperatorio, siendo preferible la dosis de 400 mg por la larga duración del periodo analgésico obtenido Aun así, no se ha demostrado una relación significativa entre la eficacia analgésica del ibuprofeno y las variables farmacocinéticas del fármaco (absorción, distribución, metabolización y excreción)pese a que otros trabajos han encontrado una correlación entre la intensidad del dolor y concentraciones plasmáticas de ibuprofeno después de dosis únicas de 400, 600 y 800 mg. (Esteller Martínez, Paredes García, Valmaseda Castellón, Berini Aités& Gay-Escoda, 2004).

Contraindicaciones

Casos de hipersensibilidad al ibuprofeno o a otros AINES; historial de broncoespasmo, asma, rinitis, angioedema o urticaria asociada con el consumo de Acido Acetil Salicílico u otros AINES; antecedentes de hemorragia gastrointestinal o úlcera péptica/hemorragia gastrointestinal activa o recidivante, entre otros.

Se ha realizado diferentes estudios estadísticos y comparativos, entre varios Analgésicos Antinflamatorios no esteroideos, ejemplo de ello los realizados entre el ibuprofeno y el diclofenaco sódico, más en los mismos no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la eficacia analgésica del diclofenaco sódico respecto al ibuprofeno, aunque sí pudo observarse una mayor tendencia hacia la necesidad de más medicación suplementaria durante los 2 primeros días del postoperatorio en el grupo diclofenaco pero sin adquirir significación estadística(Esteller Martínez, Paredes García, Valmaseda Castellón, Berini Aités& Gay-Escoda, 2004).

* + - 1. Diclofenaco Sódico

El diclofenaco sódico, forma parte del grupo de los AINES, que se ha utilizado, en el tratamiento de diferentes padecimientos, ya que según se ha evidenciado ofrece resultados de gran eficacia y de gran tolerancia; propiamente en el caso de la odontología, en procedimientos quirúrgicos, como la remoción de terceros molares retenidos, se ha logrado obtener resultados positivos en cuanto a la analgésica se refiere.

Es un AINES que inhibe tanto a la COX-1 como a la COX-2, pero con preferencia por esta última. Existen evidencias de que inhibe la producción de la enzima fosfolipasa A2, lo cual podría explicar su alta efectividad como analgésico y antiinflamatorio. Es absorbido rápidamente luego de su administración por vías oral, rectal o intramuscular, donde se alcanzan concentraciones plasmáticas máximas entre los 10 y 30 minutos posteriores a la administración intramuscular y entre 1,5 y 2,5 horas luego de ingerir el medicamento. Se une en gran medida (99,5 %) a proteínas, penetra en el líquido sinovial inflamado, en el cual mantiene altas concentraciones en comparación con los niveles plasmáticos. Se elimina principalmente por metabolismo hepático y posterior excreción urinaria de los conjugados de sus metabolitos. Posee eficacia analgésica comparable con la del ibuprofeno y naproxeno; su administración profiláctica reduce el dolor durante las primeras 24 horas del periodo posoperatorio de la cirugía odontológica. No se ha establecido la seguridad y eficacia en niños; por tanto, no se recomienda su uso en ellos. (Bosch Núñez, Rodríguez Reyes& García Cabrera,2015).

En lo que respecta al mecanismo de acción el diclofenaco, no solo inhibe la síntesis de las prostaglandinas en los tejidos periféricos, sino que también interactúa con mecanismos de síntesis de óxido nítrico y opioides endógenos en el sistema nervioso central.

Modo de Administración

Vía Oral: Administrar preferentemente antes de las comidas. Ingerir en enteros con algo de líquido, sin masticar.

Vía rectal: Se recomienda poner los supositorios después de la evacuación fecal.

Vía Parenteral: Solución inyectable se administra vía intramuscular por inyección intraglútea profunda, cuadrante superior izquierdo

Dosificación:
- Adultos: 100-150 mg por vía oral(Bosch Núñez, Rodríguez Reyes& García Cabrera,2015).

El Diclofenaco es un antinflamatorio no esteroideo de uso frecuente muy utilizado, en diversos estudios se ha evidenciado que una sola dosis de diclofenaco de 100 mg es suficiente para controlar el dolor agudo postoperatorio moderado a severo, al menos en el 50% de los pacientes; el alivio a las 4 a 6 horas fue mayor con diclofenaco potásico que con diclofenaco sódico.

Contraindicaciones

Presenta Hipersensibilidad al diclofenaco; cuando la administración de Acido Acetil Salicílico o en interacción con otros AINES pueden desencadenar ataques de asma, urticaria o rinitis aguda; enfermedad. de Crohn activa; colitis ulcerosa activa, desordenes de coagulación, hemorragia gastrointestinal, sangrado intestinal.

Finalmente, se puede decir que 400 mg de ibuprofeno son suficientes para el control del dolor postoperatorio después de la cirugía del tercer molar incluido. Cuando se hicieron comparaciones estadísticas para determinar la eficacia analgésica entre dos fármacos, esta dosis resultó ser más eficaz que 150 mg de aceclofenaco en estudios de dosis única. En nuestro estudio no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la intensidad del dolor entre 50 mg de diclofenaco sódico y 600 mg de ibuprofeno, aunque el grupo diclofenaco presentó una mayor tendencia a tomar medicación suplementaria durante los 2 primeros días(Esteller Martínez, Paredes García, Valmaseda Castellón, Berini Aités& Gay-Escoda, 2004).

## 2.3 DOLOR

 Se define dolor como " El dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño” (IASP-2019).

 La Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor lo denomina como " la experiencia sensorial o emocional no agradable producida por un daño tisular real o aparente, o descrita en términos semejantes a cómo si se hubiera producido"(Graos Salazar & Perea Paz-2007)

 El dolor es un mecanismo muy complejo que está conjugado por dos componentes:

 El componente discriminativo-sensorial (nocicepción): percepción, detección de estímulos nocivos, incluye la intensidad, localización, duración, patrón temporal y calidad del dolor.

 El componente es el afectivo-emocional: que es la relación entre el dolor, el estado de ánimo, la atención y el aprendizaje al dolor, tolerancia al dolor, así como su racionalización. Cada uno de estos componentes está mediado por mecanismos cerebrales separados pero interactivos

 El dolor dental es el síntoma más frecuente que lleva al paciente en busca de tratamiento odontológico para su alivio. Éste, es con frecuencia agudo y puede asociarse con procedimientos relativamente no invasivos como extracción dental simple, terapia endodóntica o periodontal, así como con procedimientos traumáticos que producen dolor postoperatorio prolongado, tales como la remoción quirúrgica de dientes impactados o cirugía ósea periodontal. (Pozos Guillén, Aguirre Bañuelos, & Pérez Urizar, 2008)

La extracción quirúrgica de los terceros molares, hoy en día es un procedimiento frecuente en el campo de la cirugía oral. Es una práctica no exenta de complicaciones, mecánicas, nerviosas, inflamatorias e infecciosas. La extracción quirúrgica de los terceros molares produce casi siempre un cuadro inflamatorio agudo que genera una intensa sensación de discomfort. son los responsables de la inflamación que, en condiciones normales, se intensifica presentando un pico a las 72 horas. A partir de aquí comienza a remitir, y decrece durante otras 48 o 72 más. Para combatir sus posibles complicaciones se han propuesto varias combinaciones farmacológicas y algunos procedimientos técnicos que intentan paliar las secuelas indeseables de esta cirugía. (Prieto, Prieto Fechech, & Bascones Martínez, 2005)

* 1. 1. Medición del Dolor

Definir el dolor y hacerlo de tal manera que tenga una aceptación unánime es complejo, puesto que se trata de una experiencia individual y subjetiva, a lo que se une el hecho de que no existe método científico que lo haga “medible”, y se acompaña la percepción de un heterogéneo grupo de matices y sensaciones que pueden incrementarla.(Vicente Herrero , Delgado Bueno, Bandres Moya, Ramírez Iñigue de la Torre, & Capdevila García, 2018)

En la clínica, la medición del dolor es muy distinta a lo que sucede con el dolor experimental. En el dolor experimental es posible cuantificar la calidad y magnitud del estímulo; en cambio, en la clínica, la mayoría de las veces tanto la naturaleza como la intensidad del estímulo son desconocidos. A diferencia de otras variables como el pulso o la presión arterial no existe un método objetivo y directo que permita medir el dolor. El dolor es una manifestación clínica en donde el observador es incapaz de apreciar de manera directa; es el paciente el que comunica al clínico la presencia e intensidad de su dolor. Dado que la descripción del propio sujeto es quizás el mejor indicador de dolor, se han utilizado diferentes escalas que requieren de la colaboración del paciente para cuantificar su intensidad. Actualmente, existen diversos métodos para el diagnóstico del dolor clínico. Estos métodos pueden clasificarse en 3 categorías:

1. Medidas fisiológicas. Se llevan a cabo mediante el estudio de respuestas fisiológicas, como variaciones en la frecuencia cardiaca y respiratoria o la presión arterial.

2. Evaluaciones conductuales. Son indicadores de la experiencia dolorosa como: agitación, intranquilidad, nerviosismo, posturas corporales, expresiones faciales, etc.

3. Informes verbales. Consisten en conseguir información subjetiva por parte del paciente, por sus manifestaciones verbales o escritas. Los informes verbales son los métodos más usados en la evaluación clínica y en investigación.

* + 1. Escala Análoga Visual

Estos informes, incluyen las escalas descriptivas simples y la escala visual análoga (EVA), que ha demostrado ser uno de los instrumentos de medición más confiable, válido y sensible para el autoinforme del dolor. La EVA es hoy en día de uso universal. Es un método relativamente simple, que ocupa poco tiempo, aun cuando requiere de cierto grado de comprensión y de colaboración por parte del paciente. Tiene buena correlación con las escalas descriptivas, buena sensibilidad y confiabilidad, es decir, es fácilmente reproducible(Pozos Guillén, Aguirre Bañuelos, & Pérez Urizar, 2008)

La Escala Visual Análoga (EVA) para la medición del dolor fue reportada por primera vez por Scott y Huskisson en 1976; con la finalidad de una medición más objetiva al dolor, que se consideraba algo totalmente subjetivo, ya que la escala de medición busca realizar una medición individual de la intensidad del dolor.

La Escala Visual Análoga consiste en una línea de 10 cm, donde 0 cm significa no dolor y 10 cm significa el peor dolor imaginable, en la cual el paciente coloca una marca para indicar la intensidad del dolor De 0 a 3 cm es dolor leve, mayor de 3 (decimales) a 7 cm es dolor moderado y mayor de 7 (decimales) a 10 cm es dolor severo.

Es obvio que tras cualquier intervención quirúrgica en la cavidad bucal, aparecerá en mayor o menor medida dolor y tumefacción postoperatoria como respuesta fisiológica del organismo; la filosofía preventiva de tales síntomas se basa en tratar al paciente antes de que aparezcan, es decir, de anticiparse a su aparición para intentar así minimizarlos(Tobón Calle & López Gómez)

* + 1. Escala Numérica Verbal

La “Escala Numérica”, introducida por Downie en 1978 (79), es una de las más comúnmente empleadas. El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos (0 a 10). Aunque al sujeto se le pide que utilice valores numéricos para indicar el nivel de su dolor, la utilización de palabras claves, así como unas instrucciones previas, son necesarias si esperamos que el paciente conceptualice su dolor en términos numéricos. Con este tipo de escala el dolor se considera un concepto unidimensional simple y se mide sólo según su intensidad. La escala es discreta, no continua, pero para realizar análisis estadísticos pueden asumirse intervalos iguales entre categorías. Es útil como instrumento de medida para valorar la respuesta a un tratamiento seleccionado (Serrano -Altero , y otros, 2002)

En un paciente que se comunica verbalmente, se puede utilizar la escala numérica verbal (0 a 10) donde el paciente elige un número que refleja el nivel de su dolor, donde 10 representa el peor dolor.

Puede ser hablada o escrita y por consiguiente más útil en pacientes críticos o geriátricos. En ocasiones, y en pacientes concretos, el uso de la numeración de 0-100 puede tener más utilidad.

La ENV tiene una muy buena correlación con la EVA, con una menor incidencia de no respondedores (2% frente a 11%). (Claret, M, 2012)

Eficacia Analgésica para paliar el dolor

De acuerdo con estudios realizados en el mundo, “La extracción del tercer molar retenido induce dolor que generalmente es consistente en severidad, permitiendo una buena discriminación entre analgésicos débiles y fuertes. En términos de porcentaje, después de la remoción quirúrgica de terceros molares el 63% de los pacientes sometidos a este procedimiento experimentan un dolor moderado y el 37% restante un dolor severo antes de requerir terapia analgésica. La naturaleza del dolor y su duración hacen a este modelo de dolor uno de los mejores para evaluar la eficacia de una gran variedad de analgésicos, y que hoy en día es uno de los más utilizado”(Pozos Guillén, Aguirre Bañuelos, & Pérez Urizar, 2008)

Uno de los mayores desafíos en la práctica odontológica actual es la prescripción de medicamentos eficaces y seguros para la prevención y el tratamiento del dolor bucodental, por lo que el avance del conocimiento farmacológico exige una actualización diaria por parte del odontólogo. (Romero, 2014)

## 2.4 SATISFACCIÓN

La evaluación de la satisfacción es de mucha importancia dentro del marco de la medición de la calidad en salud. Si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia, entonces, la evaluación de la satisfacción en los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica. (Suárez Isaqui, Rodríguez Ramos,& Martínez Abreu,2018)

La satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario." La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.

El tema de satisfacción al usuario (SU) es todo un desafío a la salud pública y los gestores y planificadores en salud, los dedicados a la academia, investigadores y usuarios en general. No existe un consenso claro sobre su significado y concepción pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud. La definición de Pascoe: “comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria” es una de las más simples y aceptadas. La SU es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio. (Massip Pérez, Ortiz Reyes, Llantá Abreu, Peña Fortes& Infante Ochoa,2008).

Los sistemas de salud, buscan dar una atención y tratamiento encaminados hacia la humanización y ofrecer tratamientos de calidad. Algunos autores centran el concepto de calidad en salud, en un conjunto de en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud; resultando la evaluación de la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución de salud.

La satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, está constituida por varias variables, en su mayoría subjetivas, y van según la percepción que presente el individuo sobre una situación específica, asociado a las expectativas del mismo así como experiencias anteriores.

Se han estudiado un grupo de determinantes fundamentales de la calidad de los servicios que según Suárez (1997), son:

• Confiabilidad: implica consistencia en el rendimiento y en la práctica.

• Receptividad: se refiere a la disposición y prontitud de los empleados para proporcionar el servicio, implica la oportunidad.

• Competencia: significa la posesión de habilidades y los conocimientos necesarios para ejecutar el servicio.

• Accesibilidad: implica el aprovechamiento y la facilidad del contacto.

• Credibilidad: significa honestidad, dignidad y confianza.

• Seguridad: estar libres de peligros, riesgos y dudas. (Massip Pérez, Ortiz Reyes, Llantá Abreu, Peña Fortes& Infante Ochoa,2008).

Se ha partido de considerar la calidad de los servicios de salud como el concepto que refleja la correspondencia de las características de los servicios ofertados a la población con el sistema de normas valorativas explícitas e implícitas que existen en un momento determinado en una sociedad concreta. Se han reconocido las siguientes dimensiones de la calidad: componente científico-técnico, accesibilidad, efectividad, satisfacción y eficiencia.

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de subjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes). Pero sólo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una excelencia.(Massip Pérez, Ortiz Reyes, Llantá Abreu, Peña Fortes & Infante Ochoa, 2008).

La preocupación por la satisfacción del paciente está condicionada porque esta se relaciona significativamente y funcionalmente con conductas de salud específicas (desde el cumplimiento de las prescripciones hasta el seguimiento de los resultados, o incluso, conductas preventivas de la enfermedad). Al hablar de satisfacción, es importante tener en cuenta la distinción entre satisfacción general, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos, y la satisfacción específica, que es el grado de satisfacción respecto a la utilización de un servicio concreto, o respecto a aspectos concretos de los servicios recibidos. (Massip Pérez, Ortiz Reyes, Llantá Abreu, Peña Fortes & Infante Ochoa, 2008).

La satisfacción del usuario es un tema de interés creciente en la salud pública y gestión de servicios. Su conceptualización y entendimiento causal es complejo y múltiple, primero, porque reside en la percepción subjetiva del usuario y, luego, porque se basa en metodologías, técnicas e instrumentos de medición diversos y poco estandarizados. De otro lado, es cada vez mayor la presión social por servicios de salud accesibles y de calidad que atiendan las necesidades de la población. (Seclén-Palacin &Darras,2005).

Capítulo III

Marco Metodológico

# CAPÍTULO III

# MARCO METODOLÓGICO

1. 1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio por su profundidad inicia como descriptivo porque persigue el entendimiento acerca de un fenómeno, en este caso el dolor y el grado de satisfacción del paciente en el control del mismo.

Por su alcance temporal esta investigación es de carácter transversal, ya que el estudio considera un paciente que se realizó una cirugía de terceros molares entre el intervalo del 15 de setiembre del 2019 al 15 de diciembrede2019, y se analizó el grado de satisfacción del paciente en cuanto a control del dolor se refiere. Es importante destacar que para efectos de esta investigación no se altera en ningún momento el protocolo normal de prescripción, manteniendo una condición observacional pragmática, ya que se observa el desempeño de una conducta ya instaurada en un tratamiento.

* 1. SUJETOS Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

El sujeto de estudio está definido como: El paciente que asiste al servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios y le fue realizada una cirugía de terceros molares y se le prescriben analgésicos no opioides, sin presencia de alteraciones sistémicas.

* 1. FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuente de información es de carácter primario porque los datos son recopilados directamente del expediente médico del paciente y aplicando el método de observación a la cirugía realizada por el cirujano que atiende al sujeto de estudio se completaron los datos pertinentes.

Se utilizaron además fuentes secundarias, como libros, revistas, artículos publicados en versión electrónica, que fueron consultados para la elaboración del marco teórico y como guía de la discusión.

* 1. MUESTREO

La población de estudio está conformada por el total de pacientes que asisten a la consulta externa del Hospital San Juan de Dios, para realizarse cirugía de terceros molares, en el período comprendido del 15 de setiembre del 2019 al 15 de diciembre de2019.con los mismos se procede a investigar el grado de satisfacción de los mismos en cuento a control del dolor.

Criterios de inclusión:

* Pacientes que se realizan cirugía de terceros molares

Pacientes sin enfermedades sistémicas no controladas es decir, ASA 1 O ASA 2.

En completas facultades emocionales y mentales.

En un rango de Edad de 12-45 años de ambos sexos.

Criterios de exclusión:

Pacientes embarazadas de alto riesgo

Pacientes enfermos mentales

Pacientes que no puedan por sus medios dar un consentimiento informado

Pacientes alérgicos a los AINES,

Pacientes sé que nieguen la terapia farmacología usual por su propia decisión

 Pacientes con enfermedad sistémica descontrolada.

Esta población de estudio está constituida por un total estimado de 250 sujetos, empleando como indicador que la tasa de atención para este tipo de cirugía es de 19 pacientes por semana y que el estudio se va a realizar en un período de tres meses.

Las fórmulas utilizadas para determinar el tamaño de la muestra son las fórmulas para población finita que se presentan a continuación:

Donde:

N = total de la población

P = proporción estimada de la variable en estudio, desconocida en este caso por lo cual se utiliza 0.50 valor con el que se obtiene la muestra en mayor tamaño para un nivel de confianza y un error de muestreo determinado 1-α = nivel de confianza, valor que garantiza la confiabilidad en el tamaño de muestra =91% zα/2 = valor de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza =-1,70, d = error de muestreo diferencia entre el parámetro y el estimador que el investigador se permite en el estudio=0.10

A continuación, se presentan los cálculos pertinentes

La muestra considerada asciende a un total 56 pacientes.

El método de muestreo utilizado para lograr una muestra representativa es el muestreo aleatorio sistemático con un intervalo igual a cinco por lo que la muestra seleccionada recae en el último paciente que se atiende para Cirugía de Terceros Molares en cada uno de los días comprendidos en el periodo de estudio.

* 1. ALCANCES Y LIMITACIONES
		1. Alcances
* Conocer la satisfacción de los pacientes en cuanto al uso de medicamentos no opioides, para control de dolor postquirúrgico, además de su división por sexo y grupo etario.
* Se medirá además el grado de dolor que presentaron los pacientes posterior a la cirugía de terceros molares.
* Se podrá conocer la presencia de complicaciones transoperatorias y postoperatorias.
	+ 1. Limitaciones:
* El estudio se limitará a los pacientes que son adscritos al Hospital San Juan de Dios como centro de referencia y no a nivel nacional.
* La investigación se limitará a un periodo determinado de tiempo.
* El estudio tendrá como limitante que los datos se obtendrán del expediente médico del paciente.
* No se contemplará dentro de la muestra aquellos pacientes, que tengan algún padecimiento sistémico, que pueda influir en el control del dolor.
* El estudio se realizará en un ámbito en donde la cirugía de terceros molares es un procedimiento rutinario realizado por especialistas o residentes.
	1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo | Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Definición Instrumental |
| Describir el perfil demográfico de los pacientes que presentan dolor post cirugía de terceros molares. | Sexo | Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras. | 1=Masculino2=Femenino | Expediente Médico |
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento | Años cumplidos en el momento del registro del expediente | Expediente Médico |
| Medir el grado de dolor que presentan pacientes según la escala numérica verbal post cirugía de terceros molares. | Grado de dolor  | Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo. | Escala ENV post cirugía de terceros molares. En la escala numérica verbal la intensidad del dolor de 0 a 10 | Expediente Médico |
| Identificar la satisfacción de los pacientes en cuanto al control del dolor post cirugía de terceros molares.  | Satisfacción | Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad | En una escala numérica de 1 a 5. | Expediente Médico |
| Identificar la presencia de otras complicaciones, transoperatorias y postoperatorias en los pacientes que presentan dolor como complicación post quirúrgica. | Complicaciones  | Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento.  | Descripción | Expediente Médico |

* 1. INSTRUMENTO DE RECOPILACIÓN DE DATOS

Para la recopilación de los datos se diseñó una hoja de registro (anexo 2), en el cual se transcribieron los datos del expediente médico de los pacientes, permitiendo obtener los datos personales del paciente, su satisfacción en cuanto a control del dolor, el grado de dolor presentado durante su proceso postoperatorio, así como la presencia de complicaciones transoperatorias y postoperatorias.

* 1. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Posterior a la recopilación de los datos se elabora una base de la cual se alimenta el procesamiento que fue realizado empleando el módulo de estadística de Microsoft Excel por medio de cuadros, gráficos e indicadores de posición y variabilidad para uso exclusivo de variables cuantitativas. Además, se realiza una prueba de igualdad de proporción en un punto para efecto de validad la hipótesis planteada

**Capítulo I V- Análisis y Discusión de Resultados**

# CAPÍTULO IV

# ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADO

Procesados los datos se presentan los resultados en el orden de los objetivos planteados

 Para describir el perfil demográfico de los pacientes que presentan dolor post cirugía de terceros molares, se consideraron las variables sexo y cuyos resultados se muestran en los siguientes cuadros y gráficos:



Descripción

Para la variable sexo el cuadro 1 y el gráfico 1 muestran que de un total de 56 pacientes estudiados, 23 son de género masculino, para un 41%, mientras que 33 son de género femenino representando un 59%, de la población. Es importante indicar que los pacientes de género femenino fueron mayormente sometidos a cirugía de terceros molares, supera al género masculino en un 18%, para un total de 33 sobre 23 pacientes..

Respecto a la edad se observa muestran que el grupo de edad con mayor frecuencia que fue sometido a Cirugía de Terceros Molares fue de 14 a 19 años, para un total de 25 pacientes, representando un 45% de la población de estudio, seguido del grupo de edad entre los 20 a los 30 años, con un 36% la misma población, sobre el grupo con menos representación de más de 30 años, con un 20% del total de la muestra.





Se evidencia que la mayor frecuencia de casos sometidos a cirugía de terceros molares, pertenecen al género femenino para un total de 33 pacientes; en lo que respecta a la edad, el grupo de edad que predominó, dentro de la población de estudio, es la que pertenece al intervalo entre los 14 y los 19 años, no cumpliéndose con veracidad lo indicado por Petterson (1998) en la literatura “Debe considerarse remover los dientes impactados luego de que el diagnóstico es realizado; la edad de erupción de un tercer molar es a los 20 años, aunque la erupción puede continuar hasta los 25 años”.

Para medir el grado de dolor que presentan pacientes según la escala numérica verbal(ENV), post cirugía de terceros molares, se clasificó en no presenta dolor, leve, moderado y severo cuyos resultados se muestran en el siguiente cuadro y gráfico.



Descripción

Respecto a la variable grado de dolor el cuadro 2 y el gráfico 2 muestran que de los 56 pacientes atendidos, 8 indicaron no haber presentado dolor en su proceso de recuperación (7 días), 29 pacientes para un 51%% presentaron un grado de dolor leve, representando una mayoría significativa, seguido por 16 pacientes que refirieron haber presentado un dolor moderado, durante el mismo proceso; aquellos pacientes que presentaron un dolor severo, fueron únicamente 3 para un 5.56% del total de la población de estudio, es importante recalcar que ningún paciente supero el grado de intensidad 8, según la escala numérica del dolor.





Según lo registrado, la mayoría de los pacientes de la población de estudio, presento dolor de intensidad leve, en el posterior a la cirugía de terceros molares, tanto para el género masculino como el femenino, es así como, se puede determinar que el tratamiento farmacológico prescrito a los pacientes, cumplió si objetivo al mantener en una estado de alivio relativo a los pacientes en su proceso de recuperación …” se puede decir que 400 mg de ibuprofeno son suficientes para el control del dolor postoperatorio después de la cirugía del tercer molar incluido” (Esteller Martínez, Paredes García, Valmaseda Castellón, Berini Aités & Gay-Escoda, Cosme, 2014).

A fin de Identificar la satisfacción de los pacientes en cuanto al control del dolor post cirugía de terceros molares, según el grado de satisfacción, bajo los indicadores nada satisfecho, poco satisfecho, neutral, muy satisfecho y totalmente satisfecho, cuyos resultados se muestran en el siguiente cuadro y gráfico:



Descripción

En lo que corresponde a la variable satisfacción el cuadro 3 y el gráfico 3, muestran como resultados que de un total de 56 pacientes, 26 indicaron sentirse totalmente satisfechos con el control de dolor recibido posterior a la cirugía de terceros molares, para una representación de 46.43%, seguido por el grupo de pacientes que indicaron sentirse muy satisfechos con un 35.71%, luego 6 pacientes que indicaron ser neutrales, mientras que únicamente 3 pacientes indicaron sentirse poco satisfechos para un 5.36%, sobre un 1.79% de representación que indicó no estar nada satisfecho, siendo representado únicamente con un paciente.





La preocupación por la satisfacción del paciente está condicionada porque esta se relaciona significativamente y funcionalmente con conductas de salud específicas (desde el cumplimiento de las prescripciones hasta el seguimiento de los resultados, o incluso, conductas preventivas de la enfermedad (Massip Pérez,Ortiz Reyes, Llantá Abreu, Peña Fortes, & Infante Ochoa, 2008), lo anterior además a los resultados que muestra el gráfico, una gran mayoría de los pacientes indica sentirse muy satisfecho o totalmente satisfecho, con el protocolo farmacológico prescritp, reafirma la importancia promover el cumplimiento de la toma del tratamiento y el de brindar una atención de calidad

Para identificarla presencia de otras complicaciones, transoperatorias y postoperatorias en los pacientes que presentan dolor como complicación post quirúrgica, se utilizaron las variables trismu, edema e infección irrigación, cuyos resultados se muestra en el siguiente cuadro y gráfico:

La preocupación por la satisfacción del paciente está condicionada porque esta se relaciona significativamente y funcionalmente con conductas de salud específicas desde el cumplimiento de las prescripciones hasta el seguimiento de los resultados, o incluso, conductas preventivas de la enfermedad (Massip Pérez, Ortiz Reyes, Llantá Abreu, Peña Fortes, & Infante Ochoa, 2008), lo anterior además a los resultados que muestra el gráfico, una gran mayoría de los pacientes indica sentirse muy satisfecho o totalmente satisfecho, con el protocolo farmacológico prescrito, reafirma la importancia promover el cumplimiento de la toma del tratamiento y el de brindar una atención de calidad

Para identificar la presencia de otras complicaciones, transoperatorias y postoperatorias en los pacientes que presentan dolor como complicación post quirúrgica, se utilizaron las variables trismus, edema e infección, cuyos resultados se muestra en el siguiente cuadro y gráfico:



Descripción

Respecto a la presencia de Trismus, Edema e infección, indicadores de la variables presencia de complicaciones, solamente un 5.36% de los pacientes refirió haber presentado alguna de las anteriores, por lo que el gráfico 4, muestra como solo el 3.5% de los paciente presento trismus para un total de 2 pacientes de 56 de población muestra, seguido de 1.2% tanto para el edema o la infección, representado únicamente un paciente por cada complicación.

“Las complicaciones asociadas a la exodoncia de los terceros molares incluidos o parcialmente erupcionados es considerable, sobre todo en personas de edad media, por lo que, para muchos autores la exodoncia profiláctica de cordales es muy discutible. Dentro de las posibles complicaciones postoperatorias destacan la hinchazón, el trismus, lesión del nervio dentario inferior y del lingual” , lo anterior cumple con los resultados obtenidos en la investigación, donde el grafico evidencia, que dentro de las complicaciones encontradas posterior a la cirugía de terceros molares, corresponden a trismu, edema e infección.(Hill & Walker, 2006)

**Capítulo V**

**Conclusiones y Recomendaciones**

# CAPÍTULO V

1.
2.

## CONCLUSIONES

En cuanto al perfil demográfico de los pacientes que presentan los pacientes que fueron sometidos a cirugía de terceros molares, se destacó que la mayoría son de género femenino, con un rango de edad mayor entre los 14 y los 19 años.

Se determinó que la intensidad o grado de dolor que presentaron los pacientes, según lo registrado mediante la escala numérica verbal (ENV), la mayoría de los pacientes mantuvo una constate, presentando la mayoría de los anteriores un grado de intensidad se mantuvo entre 1 y 3 , considerado como intensidad leve, para una mayoría significativa del 51%%.

En lo que respecta a la satisfacción, en el control post cirugía de terceros molares, en lo que corresponde al control del dolor, se determinó que la mayoría de los pacientes se encuentran muy satisfechos o totalmente satisfechos, con los fármacos prescritos, en algunas ocasiones esto resulta contrario a lo supuesto por los equipos de salud.

Finalmente en lo que corresponde a la presencia de complicaciones transoperatorias y postoperatorias, se evidenció, que aunque la cantidad de pacientes que presento algún tipo de complicación no fue relevante, si es fundamental que los profesionales en salud, deben dar control y seguimiento a los pacientes luego de cada cirugía, a fin de evitar el aumento de complicaciones y de mantener un alto grado de satisfacción entre los usuarios, sin dejar de lado el garantizar la salud en los pacientes.

## RECOMENDACIONES

Al servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios a mantenerse al día, en el arte contemporáneo, en cuanto en la realización de procedimientos quirúrgicos, como lo es la cirugía de terceros molares, a fin de evitar la presencia de complicaciones, además de brindar un seguimiento de monitoreo y control, que garantice la condición sana integral de los pacientes.

Se invita al Odontólogo Especialista y Odontólogo general, a realizar constantes actualizaciones en cuanto a tratamiento farmacológico, para el adecuado control del dolor, luego de cualquier procedimiento quirúrgico, además de promover la atención multidisciplinaria, promoviendo el trabajo constante con el servicio de farmacia, a fin de promover un mayor aumento en la satisfacción del usuario frente a los diferentes escenarios institucionales.

Se insta a los pacientes a hacer conciencia, a seguir las indicaciones brindadas por el odontólogo tratante , además del apego a los medicamentos prescritos, a fin de poder mantener una condición sana y mejor dolor durante los periodos de recuperación .Por medio de los resultados de este estudio se puede evidenciar al paciente como los medicamentos utilizados para el manejo de dolor postoperatorio permiten un excelente manejo del dolor, contrario a las creencias o estigmas que posee el asegurado costarricense con respecto a los medicamentos prescritos por la institución.

**Anexos**

**ANEXO 1**

DISEÑO DE MUESTRA

El diseño de una muestra considera dos aspectos la determinación del tamaño y la selección o asignación.

Determinación de tamaño de muestra

Fórmula utilizada

Para los efectos de este estudio se utiliza la fórmula para la determinación de muestra que es la siguiente, con corrección por continuidad:





Donde:

n =Tamaño de la muestra total

Z α/2 = Valor de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza considerado, para este caso 91%.

σ =0.5 Valor de la Desviación estándar de la variable principal para obtener una muestra máxima.

d = Error de muestreo considerado por el investigador para el caso 0.10

Cálculos

|  |
| --- |
|  |

Selección de la muestra

La selección de la muestra responde a una selección no aleatoria a conveniencia, es decir se muestrea hasta alcanzar el tamaño de la muestra que corresponde a 56 expedientes.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Elaborado por Msc. Anateresa Garita Salas

c. 301840217

**ANEXO 2**



Número:

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Adler, E. (2002) Odontología Neurofocal. Ecuador: Fundación Omniversidad de Amerika.
2. Amador Velázquez, Alexis Andrés, Orlando Alberto, Hung Quevedo, & Menéndez Díaz, Deyanira. (2015). Tercer molar superior retenido en seno maxilar. Presentación de un caso. Correo Científico Médico, 19(1), 160-165. Recuperado en 06 de noviembre de 2019, de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100018&lng=es&tlng=es>
3. Bachmann, Hans, Cáceres, Roberto, Muñoz, Carlos, & Uribe, Sergio. (2014). Complications During Third Molar Surgery between the Years 2007­2010 in an Urban Hospital, Chile. International journalofodontostomatology, 8(1), 107-112. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2014000100014>
4. Bosch Núñez, Ana Ibis, Rodríguez Reyes, Oscar, & García Cabrera, Lizet. (2015). Analgésicos no opioides en la terapéutica del dolor bucodental. MEDISAN, 19(12), 1561-1565. Recuperado en 15 de enero de 2020, de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001200016&lng=es&tlng=es>.
5. Brenes-Barquero, J. (2010). Dientes Supernumerarios: Presentación de un Caso Clínico. Revista Científica Odontológica, 5(2). Recuperado de <https://revistaodontologica.colegiodentistas.org/index.php/revista/article/view/495/716>
6. Burgos Reyes, G., Morales Moreira, E., Rodríguez Martín, O., Aragón Abreu, J. E., & Sánchez Ruiz , M. (2017). Evaluación de algunos factores predictivos de dificultad en la extracción de los terceros molares inferiores retenido. MEDICIEGO, 8-15
7. Claret, M. (2012). Escalas de Evaluación del Dolor y Protocolo de Analgesia en Terapia Intensiva. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento.
8. Carballosa, U., Aguilar , G., Pacheco, C., & Figueroa , L. (018). Eficacia de la Analgesia Preoperatoria con Antiinflamatorios no Esteroidales (Aines) en Cirugía de Terceros Molares. Revisión de la Literatura . Odontoestomach.
9. Castillo, Luis, Dougnac, Alberto, Vicente, Irene, Muñoz, Víctor, & Rojas, Víctor. (2007). Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. Revista médica de Chile, 135(6), 696-701. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000600002>
10. Del Puerto Horta, Myrna, Casas Insua, Leivis, & Cañete Villafranca, Roberto. (2014). Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. Revista Médica Electrónica, 36(Supl. 1), 752-762. Recuperado en 15 de noviembre de 2019, de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000700008&lng=es&tlng=pt>
11. Esteller Martínez, Vicenç, Paredes García, Jordi, Valmaseda Castellón, Eduard, Berini Aités, Leonardo, & Gay-Escoda, Cosme. (2004). Eficacia analgésica del diclofenaco sódico vs. ibuprofeno después de la extracción quirúrgica de un tercer molar inferior incluido. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Ed. impresa), 9(5), 444-453. Recuperado en 06 de noviembre de 2019, de<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472004000500011&lng=es&tlng=es>.
12. Fonseca, R. (2002). Oral and Maxilofacial Surgery. Estados Unidos: Saunders
13. Fuentes Fernández R, Oporto Venegas G. Tercer molar ectópico impactado en zona retromolar: reporte de Caso. Int J Morphol [Internet]. 2009 [citado 15 Jun 2014];27(1):35-8. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795022009000100006>
14. Garrigos Timodea, E. (2017). Utilización de ibuprofeno por los usuarios de la farmacia comunitaria . Farmaceuticos Comunitarios, 34-38
15. Gay, C., y Berini, L. (2004). Tratado de cirugía bucal. Tomo 1. Madrid, España: ERGÓN.
16. González Espangler, Liuba, Mok Barceló, Paula, de la Tejera Chillón, Alexis, George Valles, Yaimel, & Leyva Lara, Marvis Lisy. (2014). Caracterización de la formación y el desarrollo de los terceros molares. MEDISAN, 18(1), 34-44. Recuperado en 06 de noviembre de 2019, de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100006&lng=es&tlng=es>.
17. Graos-Salazar K, Perea-Paz M. Medicación analgésica postquirúrgica en pacientes atendidos en el Servicio de Odontología Pediátrica de la Clínica Estomatológica Central Cayetano Heredia (2000-2004). Revista Estomatología Herediana. 2007; 17(2)
18. Guzmán Castillo, Galo Fernando, Paltas Miranda, Mayra Elizabeth, BenenaulaBojorque, Juan Andrés, Núñez Barragán, Katerine Isabel, & Simbaña García, Denisse Vanessa. (2017). Cicatrización de tejido óseo y gingival en cirugías de terceros molares inferiores. Estudio comparativo entre el uso de fibrina rica en plaquetas versus cicatrización fisiológica. Revista odontológica mexicana, 21(2), 114-120. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rodmex.2017.05.007>
19. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1998). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.
20. Hill, C. M., & Walker, R. V. (2006). Conservative, non surgicalmanagement of patients presenting with impacted lower third molar: A 5 years study. Revista Española Cirugía Oral y Maxilofacial, 246-248.
21. Koesner, K.(1994). Clínicas Odontológicas de Norteamérica. México D.F: Mac Graw Hill.
22. Kruger, G. (2000). Cirugía bucomaxilofacial. México: Médica Panamerican
23. Liporaci Junior JLJ. Evaluación de la eficacia de la analgesia de prevención en la cirugía de extracción de terceros molares incluidos. Rev. Bras. Anestesiol. [Internet]. Ago 2012 [citado 24 Sep 2012];62(4):506-10. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n4/es_v62n4a03.pdf>
24. López Carriches, C., Martínez González, J., & Donato Rodríguez , M. (2006). Uso de metilprednisolona versus diclofenaco en el control de la inflamación y el trismo tras la cirugía del tercer molar inferior. Medicina Oral-Patología Oral-Cirugía Bucal, 440-444.
25. López Domínguez M, Siam del Toro R, Santiesteban González M, Lorenzo Felipe D, Rodríguez González G. Aspectos clínicos más relevantes de la cirugía de los terceros molares incluidos. [Internet] CCM. 2003 [citado 12 Ago 2015];7(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no73/n73ori1.htm>
26. Maduro Jacome, J., Zumba Macay, J. R., & Ocampo Mancero, O. (2017). Tratamiento farmacológico pre y post exodoncia: aplicación de la dexametasona . Revista Científica Universidad de las Ciendcias, 557-569.
27. Massip Pérez, Coralia, Ortiz Reyes, Rosa María, Llantá Abreu, María del Carmen, Peña Fortes, Madai, & Infante Ochoa, Idalmis. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Revista Cubana de Salud Pública, 34(4) Recuperado en 07 de noviembre de 2019, de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es&tlng=es>.
28. Moura Leal W, Freire S, da Silva Rodríguez A, Méndez Suyá M, Olate S. Eficacia del tratamiento con amoxicilina en la prevención de complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a cirugía del tercer molar: un estudio doble ciego. Int J Odontostomatol [Internet]. 2011[citado 12 Jul 2014];5(2):147-52. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718381X2011000200006&lng=es>
29. Pardo, C., Muñoz, T., & Chamorro, C.. (2006). Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Medicina Intensiva, 30(8), 379-385. Recuperado en 06 de noviembre de 2019, de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004&lng=es&tlng=es>.
30. Parra Hidalgo, Pedro, Bermejo Alegría, Rosa María, Más Castillo, Adelia, Hidalgo Montesinos, María Dolores, Gomis Cebrián, Rafael, & Calle Urra, José Eduardo. (2012). Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. Gaceta Sanitaria, 26(2), 159-165. Recuperado en 15 de diciembre de 2019, de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200011&lng=es&tlng=es>.
31. Pentón García, Virginia, Véliz Aguila, Zhenia, & Herrera, Ledys. (2009). Diente retenido- invertido. Presentación de un caso: modelos de diagnóstico y evaluación. MediSur, 7(6), 59-63. Recuperado en 07 de noviembre de 2019, de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000600010&lng=es&tlng=es>
32. Pérez Ruiz, Andrés A., López Mantecón, Ana Marta, & Grau León, Ileana. (2002). Antiinflamatorios no esteroideos (AINES).: Consideraciones para su uso estomatológico. Revista Cubana de Estomatología, 39(2), 119-138. Recuperado en 03 de diciembre de 2019, de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000200004&lng=es&tlng=es>.
33. Petterson, L, Ellis, E, y Hupp, J y otr. (1996). Comtemporary oral and maxillofacial surgery. Estados Unidos: Mosby.
34. Pozos Guillén, A., Aguirre Bañuelos, P., & Pérez Urizar, J. (2008). Manejo clínico-farmacológico del dolor dental. ADM, 36-43.
35. Prieto, I., Prieto Fechech, A., & Bascones Martínez, A. (2005). Corticoesteroides y cirugía del tercer molar inferior. Revisión de la literatura. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA, 251-258.
36. Puebla Díaz, F.. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barcelona), 28(3), 33-37. Recuperado en 10 de junio de 2019, de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&tlng=es>.
37. Raspall, Guillermo (1997). Cirugía Maxilofacial. Patología Quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello. España: Médica Panamericana
38. Raspall, Guillermo (1994). Cirugía Oral. Madrid, España: Panamericana
39. (2006).Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, 28(4), 246-247. Recuperado en 07 de noviembre de 2019, de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582006000400006&lng=es&tlng=e>
40. Rodríguez, Francisco (1998). Cirugía de terceros molares. San José, CR: ULACIT.
41. Romero Benvenuto MR. Buenas Prácticas de prescripción en Odontología. Tendencias en Medicina. 2014; 22(44): 127-130
42. Romero Ruíz, M., Herrero Climent , M., Torres Lagares, D., & Gutiérrez Pérez, J. (s.f.). Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica. Una aproximación racional. RCOE, 2006
43. Sapp. P, Eversole, L, y Wysocki, G (1998). Patología Oral y Maxilofacial Contemporanea. España: Harcourt.
44. Seclén-Palacin, Juan, &Darras, Christian. (2005). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados: Perú, 2000. Anales de la Facultad de Medicina, 66(2), 127-141. Recuperado en 10 de julio de 2019, de <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000200007&lng=es&tlng=es>.
45. Serrano -Altero , M. S., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P. L., Serrano-+Álvarez, C., & Prieto, J. (2002). Valoración del Dolor. Revista Sociedad Española de Dolor, 94-108.
46. Suárez Isaqui, Lázaro, Rodríguez Ramos, SadysLázara, & Martínez Abreu, Judit. (2018). Satisfacción de los usuarios con la atención en los consultorios médicos. Colón 2015-2016. Revista Médica Electrónica, 40(4), 1002-1010. Recuperado en 10 de julio de 2019, de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400008&lng=es&tlng=es>.
47. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV y Capdevila García L. Valoración del dolor. revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor 2018;25(4):228-236.
48. Villalva-Rojas, Ofelia, Grande-Ortiz, Miguel, Ortiz, Juan, Isasi, Jacqueline, Yantas, Dula, & Fiestas, Víctor. (2007). Estudio de bioequivalencia del ibuprofeno genérico 400mg tabletas. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 24(4), 356-362. Recuperado en 07 de julio de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1726-46342007000400006&lng=es&tlng=es