



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"



ESCUELA DE POSGRADO

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN
ODONTOLOGÍA**

**"CONTROL DEL DOLOR POSOPERATORIO EN CIRUGÍA
ORAL UTILIZANDO LA ASOCIACIÓN TRAMADOL CON
PARACETAMOL EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTA
MARIA DEL SOCORRO – ICA 2019"**

PRESENTADO POR:

C.D. HOOVER ALEJANDRO BONIFAZ RAMOS

ASESOR:

DR. ROBERTO HERMOGENES CASTAÑEDA TERRONES

ICA - PERÚ

2019

Dedicatoria

A Dios por ser fuente de mi inspiración y por brindarme la fuerza para continuar en este proceso, y poder concluir satisfactoriamente.

A mis padres, por el amor, trabajo y sacrificio en todo este tiempo, por ellos estoy logrando llegar hasta aquí.

A todos los actores que tuvieron participación valiosa para la culminación exitosa de la presente tesis; de manera especial a todos los pacientes que consintieron la ejecución del presente estudio.

Agradecimiento

Por intermedio de estas líneas, agradezco a los actores que hicieron posible ejecutar esta investigación, y que en todas las circunstancias estuvieron presentes sean estos difíciles y alegres. Estas palabras son para ustedes.

Al Departamento de Odontología del “Hospital Santa María del Socorro” de Ica, por brindarme todo el apoyo para poder ejecutar la presente investigación.

Dar las gracias infinitas a mí Asesor Dr. Roberto Hermógenes Castañeda Terrones por su comprensión y conocimiento aportado.

Mi reconocimiento eterno a todas las personas que con su valiosa colaboración se hizo posible la ejecución de la presente investigación.

Gracias por darme la libertad de desenvolverme como ser humano y profesional en la Odontología.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO I MARCO TEÓRICO	12
1.1 ANTECEDENTES	12
1.2. BASES TEÓRICAS	14
1.2.1. GENERALIDADES.....	14
1.2.1.1. INTERVENCIONES MÁS FRECUENTES EN CIRUGÍA ORAL... 15	
1.2.2. DEFINICIÓN DE DOLOR.....	17
1.2.2.1. CARACTERES GENERALES DEL DOLOR.....	17
1.2.2.2. ORIGEN DEL DOLOR	19
1.2.2.3. TIEMPO DE DURACIÓN DEL DOLOR.....	20
1.2.2.4. INTENSIDAD DEL DOLOR	21
1.2.3. TRATAMIENTO DEL DOLOR	23
1.2.3.1. TRAMADOL.....	24
1.2.3.2. PARACETAMOL	26
1.3 MARCO CONCEPTUAL.....	28
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	30
2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	32
2.2.1. A) Problema General	32
2.2.2. B) Problema Específico.....	32
2.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
2.4. OBJETIVO.....	34
2.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	35
A) HIPÓTESIS GENERAL	35
B) HIPÓTESIS ESPECIFICAS	35
2.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACION.....	35
2.6.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	36
CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	37
3.2.1. POBLACIÓN BLANCO.....	37

3.2.2. UNIDAD DE ANÁLISIS	37
3.2.3. POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	37
3.2.4. UNIDAD DE MUESTREO	38
3.2.5. PROCEDIMIENTO DE MUESTREO	39
CAPÍTULO IV TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	40
4.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
4.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
4.3 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.	40
4.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	40
CAPITULO V CONTRATACIÓN DE HIPÓTESIS	42
5.1 PRUEBA DE LA HIPÓTESIS GENERAL	42
5.1.1. Hipótesis Nula	42
5.1.2. Hipótesis Alternativa.....	42
CAPITULO VI PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	43
DISCUSION.....	52
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES.....	55
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN O BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	60

Resumen

En el presente estudio de investigación planteamos lo siguiente: **Problema:** ¿Cuál es la eficacia de la asociación de Tramadol 37,5mg/Paracetamol 325mg, en el control del dolor postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía oral, en el Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019?; **Objetivo:** “Determinar la eficacia de Tramadol 37,5mg/Paracetamol 325mg en el tratamiento del dolor postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía oral. **Metodología:** Investigación cuantitativa, aplicativo, descriptivo; porque analizamos los fenómenos del dolor, con 30 pacientes evaluados a través de la Escala Visual Análoga (EVA), después de recibir Tramadol 37,5mg/Paracetamol 325mg, de Cohorte longitudinal, siguiendo una línea de tiempo. **Resultados:** Las edades 18 y 32 años; la media de 22,7 años; el 70%femenino y 30% masculino; los datos obtenidos aplicando EVA, al dolor post operatorio muestra, las primeras 04 horas 73,3% los pacientes iniciaron un dolor de nivel 1; 16,7% dolor de nivel 2 y 6,7% dolor de nivel 6. A las 8 horas post operatorio 86,7% indicaron un dolor de nivel 1; un 3,3% dolor de nivel 2 y 10%dolor de nivel 4, a las 12 horas post operatorio el 90% declaran un dolor de nivel 1 valor porcentual igual que el indicado a las 24 horas post operatorio; el 73% de los pacientes no declararon reacción adversa, 10% señaló náuseas y somnolencia aguda. **Conclusiones:** El Tramadol 37,5mg/Paracetamol 325mg en el tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía oral, es eficaz, disminuye el dolor a valor de 2 o menor en escala de EVA.

Palabras Claves:

Dolor, Cirugía Oral, Tramadol, Paracetamol.

Summary

In the present research study we propose the following: **Problem:** What is the efficacy of the association of Tramadol 37,5mg/Paracetamol 325mg, in the control of postoperative pain of patients undergoing oral surgery, at the Hospital Saint Marie del Socorro de Ica - 2019?; **Objective:** "To determine the efficacy of Tramadol 37.5mg/Paracetamol 325mg in the treatment of postoperative pain in patients undergoing oral surgery. **Methodology:** Quantitative, applicative, descriptive research; because we analyzed the pain phenomena, with 30 patients evaluated through the Visual Analog Scale (VAS), after receiving Tramadol 37.5mg/Paracetamol 325mg, from longitudinal Cohort, following a timeline. **Results:** The ages 18 and 32 years; the average of 22.7 years; 70% female and 30% male; the data obtained by applying VAS, to the post-operative pain sample, the first 04 hours 73.3% patients started a level 1 pain; 16.7% level 2 pain and 6.7% level 6 pain. At 8 hours post operative 86.7% indicated a level 1 pain; 3.3% pain of level 2 and 10% pain of level 4, at 12 hours post operative 90% declare a pain of level 1 percentage value equal to that indicated at 24 hours post operative; 73% of the patients did not report an adverse reaction, 10% indicated nausea and acute drowsiness. **Conclusions:** Tramadol 37.5mg/Paracetamol 325mg in the treatment of postoperative pain in oral surgery, is effective, reduces pain to a value of 2 or less on the VAS scale.

Keywords:

Pain, Oral Surgery, Tramadol, Paracetamol.

**“CONTROL DEL DOLOR POSOPERATORIO EN
CIRUGÍA ORAL UTILIZANDO LA ASOCIACIÓN
TRAMADOL CON PARACETAMOL EN
PACIENTES DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL
SOCORRO DE ICA - 2019”**

INTRODUCCIÓN

La Cirugía Oral es una de las especialidades más antiguas de la Odontología. Disciplina ligada a los diagnósticos y tratamientos de las enfermedades, traumas y afectación de piezas dentarias, maxilar y tejido blando adyacente que requieren intervención quirúrgica.

Constituye parte del procedimiento quirúrgico generar solución de continuidad de los tejidos; hecho que genera la presencia de un dolor agudo. Esta solución de continuidad se constituye en la génesis de todos los mecanismos reparadores naturales a cargo del sistema nervioso, endocrino e inmunitario. Como consecuencia del acto logramos controlar los hematomas, drenar tejido muerto, evitar microorganismos y alcanzar la cicatrización. La naturaleza nunca nos dejará de sorprender con su capacidad de auto organización que les permite recuperar la forma del tejido deformado por la cirugía además de restituir la función del órgano afectado. El proceso de reparación y renovación extingue el dolor y este está relacionado a la naturaleza de la cirugía.

En esta parte debemos considerar que lo descrito anteriormente no siempre es un proceso único; por cuanto el dolor podría aun persistir afectando de esta manera la calidad de vida del paciente. Este hecho tiene como factor etiológico a la alteración de los mecanismos de reparación. La etiología está supeditado a alteraciones en los mecanismos de reparación, lo que retrasa el proceso de curación, génesis de infecciones de la herida quirúrgica, el hueso demora el proceso de consolidación (pseudoartrosis), falta de reparación de musculo, y tejido nervioso que en muchos de los casos va acompañado de dolor. Exceptuando al Cirujano Dentista que recién se inicia o al excesivamente

agresivo lo descrito está íntimamente relacionado con el estado previo del organismo que no puede recuperarse de la solución de continuidad creada por la cirugía.

El dolor agudo surge como efecto del acto quirúrgico y es el principal factor que retarda la habilitación funcional del paciente y por ende su alta hospitalaria. El manejo del dolor en concordancia con la reducción del estrés pre operatorio, la rehabilitación y la nutrición reduce la morbi-mortalidad post operatoria la misma que es el contexto actual del manejo del paciente quirúrgico. Sin embargo, aun cuando se dispone de los conocimientos suficientes sobre la fisiopatología del dolor postoperatorio y de los fármacos eficaces para su tratamiento, gran número de pacientes reportan dolor moderado o intenso en el período posoperatorio.

El manejo del dolor posoperatorio ha sido generosamente estudiado con diferentes antiinflamatorios no esteroideos (Aines) ^(1 - 5).

La propuesta de dolor por impacción dental se constituye en uno de los más empleados en el desarrollo de medicación analgésicos, por cuanto se trata de una población sana y fácilmente disponible y un procedimiento quirúrgico relativamente uniforme confinado a un área del cuerpo ^{(6) (7)}.

“Pese a que la información sobre la eficacia y seguridad de los analgésicos AINE en el dolor dental posoperatorio (DDP) se ha obtenido principalmente con diseños de estudio de dosis única, la mayoría de los pacientes necesitan tomar analgésicos durante varios días después del procedimiento quirúrgico”.

Otra forma de tratar el dolor es mediante la asociación de analgésicos química y farmacológicamente diferentes pero que tienen el mismo efecto como la

asociación Tramadol y paracetamol. El beneficio de la asociación del Tramadol y Paracetamol, es que son compuestos que actúan con mecanismos de acción complementaria que permiten atacar el dolor por diferentes vías, alcanzando una alta eficacia y con una menor dosis (Tramadol 37,5 mg/Paracetamol 325mg), lo que nos permite reducir la incidencia de efectos adversos, que no serán más importantes que los que puedan inducir ambos fármacos por separado.

El tratamiento del dolor debe ser evaluado de forma rutinaria para poder aplicar los fármacos más apropiados a cada paciente de acorde con las circunstancias. De esta manera se logra determinar el fármaco más adecuado, la dosis más segura y el intervalo más recomendable. Es decir, el logro de la individualización en la terapéutica odontológica.

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

1.1.1 Internacionales

- **Carmen López Carriches, José M^a Martínez-González, Manuel Donado Rodríguez;** de la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad Europea de Madrid, en el trabajo titulado *“Eficacia analgésica de diclofenaco versus metilprednisolona en el control del dolor postoperatorio tras la cirugía del tercer molar inferior”*; compararon la eficacia analgésica de un corticoide versus un antiinflamatorio no esteroideo-AINE; tras la cirugía del tercer molar inferior en 73 pacientes; los autores concluyeron que el control del dolor obtenido con el corticoide no fue significativo por lo que no es posible justificar su uso sistemático ⁽⁸⁾.
- **M. V. Olmedo, R. Gálvez y M. Vallecillo** en la Universidad de Granada (España) realizaron el trabajo titulado *“Comparación paralela doble ciego de dosis múltiples de ketorolaco, ketoprofeno y placebo administrados por vía oral a pacientes con dolor dental postoperatorio”*. La muestra fueron 150 pacientes con dolor post extracción de la tercera molar impactada. encontrando diferencia estadística significativa en las mediciones longitudinales y llegando a la conclusión que la eficacia de ketorolaco 10 mg no difirió de la de ketorolaco 20 mg, siendo ambos más eficaces que ketoprofeno 50 mg, que a su vez fue más eficaz que el placebo. “Los factores que más influyeron en el consumo de medicación de rescate

fueron el analgésico tomado por el paciente y la presencia o no de inflamación postoperatoria”⁽⁹⁾.

- **Montes Pérez, Antonio**, (Barcelona, España) En su tesis doctoral titulada “*Tratamiento del dolor agudos postoperatorio utilizando combinaciones de tramadol y metamizol: análisis de la interacción*”, arribó a la conclusión que el tramadol y metamizol tienen sinergismo favorable cuando se administra combinado en una proporción 1:1 en base a su potencia analgésica, así como también interaccionan en forma sinérgica respecto a la aparición de efectos indeseables.⁽¹⁰⁾

1.1.2. Nacionales

- **Mery Cecilia Paccini Torres y Rafael Morales Vadillo**, en la Ciudad de Lima, realizaron el trabajo titulado “Efecto analgésico profiláctico del paracetamol e ibuprofeno en la extracción de piezas dentarias en niños”; evaluaron la capacidad analgésica profiláctica del paracetamol e ibuprofeno antes de la extracción de piezas deciduas en niños, llegando a la conclusión que la “profilaxis analgésica es una alternativa eficaz frente al tratamiento convencional farmacológico posquirúrgico. El Ibuprofeno y el Paracetamol son medicamentos con eficacia similar para este fin, a pesar de presentar diferente acción farmacológica”.⁽¹¹⁾
- **Zavaleta Reyes Yenny Lucerito**, en la Ciudad de Trujillo realizó el trabajo de tesis titulado “Nivel de conocimiento sobre analgésicos en cirujanos

dentistas del distrito de La Esperanza - Trujillo en el año 2016”, el estudio determinó “el nivel de conocimiento sobre analgésicos de los cirujanos dentistas del distrito La Esperanza -Trujillo en el año 2016. Estudio de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, diseño transversal, observacional y prospectivo, el autor concluyó que el nivel de conocimiento sobre analgésicos en cirujanos dentistas del distrito de la Esperanza –Trujillo en el año 2016 es regular”. (12)

1.1.3 Locales

No hay trabajos de investigación realizados o publicados, referente al tema en mención.

1.2. Bases Teóricas

1.2.1. GENERALIDADES

“La Cirugía Bucal es la especialidad más antigua en la Odontología, en 1846 fue incluida en el plan de estudios de la escuela de Odontología de Filadelfia; que corresponde hoy en día a la Escuela de Odontología de la Universidad de Temple” (13).

“En un tiempo el tratamiento de las infecciones dentarias por medio de incisión y drenaje de exudado purulento y la posterior exodoncia dentaria eran la mayor práctica quirúrgica hecha por odontólogos. Con la evolución de la profesión, el entrenamiento se ha vuelto más importante y ha pasado de la facultad de odontología a los hospitales. El cirujano ha llegado a corregir anomalías dentofaciales grandes y algunos procedimientos menores están al alcance del odontólogo general; éste debe conocer los

principales procedimientos de cirugía oral y maxilofacial, para poder orientar y remitir adecuadamente los pacientes” (13).

La definición de Cirugía Oral formulada por el Concejo Norteamericano de Cirugía Bucal y aceptada por el Board of Trustees y el House of Delegates de la Asociación Médica Americana es: Cirugía Oral es la parte de la Odontología que se ocupa del diagnóstico y tratamiento quirúrgico y medicamentoso de las Enfermedades, Traumatismos y Defectos de los maxilares del ser humano y sus estructuras asociadas (13).

1.2.1.2. INTERVENCIONES MÁS FRECUENTES EN CIRUGÍA ORAL

a) Extracción de Cordales (Muelas del Juicio)

“Es la intervención más frecuente en cirugía oral. Entre las muchas indicaciones para la extracción de estas piezas podemos citar la falta de espacio en la mandíbula para su correcta erupción, su orientación anómala, que puede producir daños en las piezas vecinas o apiñamientos dentarios, o problemas de inflamación en la encía por una erupción incompleta, que puede generar una infección crónica en la encía circundante” (13).

b) Extracciones dentarias complejas

“A veces una extracción dentaria puede ser complicada desde el punto de vista quirúrgico. Por ejemplo, si el paciente padece enfermedades sistémicas importantes, ha recibido radioterapia

recientemente o sufre trastornos en la coagulación, si las piezas dentarias están destruidas, etc. En tal caso, el cirujano oral aporta su habilidad quirúrgica para solucionar el problema” (13).

c) Cirugía pre protésica

“Son intervenciones que se realizan previamente a la colocación de una prótesis. Consisten en el acondicionamiento de la encía o del hueso maxilar o mandibular para facilitar una correcta adaptación de la prótesis. También podemos incluir en este tipo de cirugía la colocación de injertos de hueso para la colocación posterior de implantes” (13).

d) Cirugía de los frenillos

“Cuando los niños sufren patologías del habla, mal posiciones dentarias, o dificultad para la correcta posición de los dientes motivados por los frenillos bucales o linguales, es necesaria una pequeña intervención. Estas cirugías son de muy corta duración, con anestesia local y solucionan problemas que podrían tener una mayor trascendencia en la edad adulta” (13).

e) Enucleación de Quistes y Tumores Benignos.

“Los quistes situados en el interior de los huesos maxilares o de la mandíbula son bastante frecuentes. Presentan una etiología muy diversa: pueden provenir de infecciones latentes en dientes en mal estado, de dientes retenidos en el hueso o de estructuras embrionarias.

En estos casos es indispensable la intervención quirúrgica para la extracción del proceso, eliminando las molestias que generan y posibles complicaciones” (13).

“Dentro de la cavidad oral también pueden producirse tumores benignos como lipomas, fibromas o pequeños angiomas. El tratamiento de estos procesos será realizar una exéresis de la lesión y una biopsia posterior por parte de un anatomopatológico, para establecer el alcance de la lesión” (13).

1.2.2. DEFINICIÓN DE DOLOR

“La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), lo define como: Experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o descritos en términos de dicho daño”. (14)

La caracterización del dolor en el área odontológica es importante conocer sus características, etiología, origen tisular, tiempo de duración, intensidad y fisiopatología. Los mismos favorecerá conocer y el manejo adecuado del dolor.

1.2.2.1. CARACTERES GENERALES DEL DOLOR

CAUSAS GENERALES DEL DOLOR

Las noxas prevalentes en boca tienen origen variado, podrían ser lesión de tipo infeccioso, traumático, autoinmune, carencial y algunas

veces tumoral. Los citados son agentes etiológicos del dolor y que en la mayor parte de los casos se asocian a un proceso de inflamación.

- Lesiones de tipo infeccioso, son producidas por bacterias, virus u hongos causantes de gingivitis, estomatitis, coronaritis, alveolitis, pulpitis, periodontitis, abscesos dentoalveolares y ulceraciones de diversa índole.
- Lesiones de tipo traumático, sea de tipo accidental como los traumatismos mecánicos o aquellos que son consecuencia de intervenciones odontológicas de tipo invasivo como exodoncias, prótesis, o cirugía odontológica diversa.
- Lesiones autoinmunes, son menos frecuentes, generalmente comprometen todo el cuerpo, pero que tienen repercusión en la cavidad bucal, como la esclerodermia que causa retracciones gingivales o la dermatomiositis que causa queilitis retráctil, y lesiones subgingivales.
- Lesiones de tipo carencial, como las avitaminosis principalmente por déficit de Vitamina E y del Complejo B que predisponen a lesiones inflamatorias e infecciones.
- Por otro lado, existe otro tipo de dolor no inflamatorio, como aquel relacionado con las filtraciones de líquidos en los túbulos dentinales (teoría hidrodinámica) de diversas sustancias como el azúcar hipertónico o líquidos fríos.

1.2.2.2. ORIGEN DEL DOLOR

La etiología del dolor está asociada con la estructura de afectación, por ejemplo, el dolor provocado por las noxas produce inflamación (infecciones, traumatismos, manipulaciones odontoestomatológicas, autoinmunes y carenciales) podrían afectar diferentes tejidos, originando como consecuencia el dolor.

Se denomina dolor somático cuando se afectan estructuras como los tejidos gingivales y subgingivales, las estructuras óseas de los maxilares, los vasos sanguíneos. El dolor originado en estas estructuras es captado por los nociceptores que detectan el daño.

Se denomina dolor de tipo neuropático aquel que se origina por lesión directa de las estructuras nerviosas (troncos y fibras nerviosas). Un ejemplo de este tipo de dolor es aquel que se denomina dolor dentinal, éste como dijimos anteriormente se origina por la circulación de líquidos hipertónicos o muy fríos por los túbulos dentinales. Inervando los túbulos dentinales se encontrarían fibras nerviosas nociceptores de tipo A delta las que detectan el fluido de líquidos dentro de ellos iniciándose así el proceso del dolor. Sin embargo, lesiones inflamatorias de la pulpa dentaria también tienen un componente neuropático puesto que comprometen las fibras sensitivas que se encuentran en ella. Otros dolores de tipo neuropático típico serían la neuralgia del trigémino, que tiene un manejo que corresponde al campo de la neurología.

“Existe también el denominado dolor visceral que es aquel que se origina en las cápsulas de las vísceras sólidas (riñones, hígado) y en las

vísceras huecas sean porque se distienden o contraen exageradamente (estómago e intestinos). En el ámbito de la odontología y más propiamente en el campo de la cabeza y cuello la lesión de las glándulas salivales puede producir este tipo de dolor” ⁽¹⁵⁾.

1.2.2.3. TIEMPO DE DURACIÓN DEL DOLOR

Discernir el dolor según su duración es de vital importancia dado que contribuye al diagnóstico de la patología de fondo (función biológica o de alerta del dolor), y como efecto se podrá aplicar el mejor tratamiento.

Por lo que debemos tener en cuenta que el dolor según el tiempo de duración es agudo si dura menos de tres meses y crónico más de tres meses.

“La diferenciación entre dolor agudo y crónico se basa tanto en el factor tiempo, como en los mecanismos Histopatológicos que originan el dolor ⁽¹⁵⁾, El dolor agudo es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptivos; se manifiesta generalmente después de una lesión tisular somática o visceral, es autolimitado y desaparece habitualmente con la lesión que lo origino. Tiene una función de protección biológica al actuar como una señal de *alarma* a nivel del tejido lesionado. Los síntomas psicológicos asociados son escasos y habitualmente limitados a una ansiedad leve. Se trata de un dolor de naturaleza nociceptiva y que aparece por una estimulación química, mecánica o térmica de nociceptores específicos” ⁽¹⁵⁾.

“El dolor crónico, sin embargo, no posee una función protectora, y más que un síntoma de una lesión puede considerarse en sí mismo una enfermedad. Se ha definido como un dolor que persiste al menos un mes después de la lesión causal, pudiendo perpetuarse por un periodo de tiempo prolongado después de dicha lesión e incluso en ausencia lesión periférica. El dolor crónico suele ser refractario a múltiples tratamientos y está asociado a numerosos síntomas psicológicos depresión, ansiedad, miedo, insomnio y alteraciones del comportamiento, en especial de las relaciones sociales” (15).

1.2.2.4. INTENSIDAD DEL DOLOR

La intensidad del dolor ha sido muy difícil de determinar dado su fuerte componente subjetivo. En la actualidad se han diseñado diversos métodos para medir la intensidad del dolor, tales como las diferentes escalas para su medida:

“Escala Análoga Visual del Dolor, Escala Facial del Dolor, escalas que toman diversos criterios (escalas para niños) para determinar la intensidad del dolor. Estas escalas, aunque fáciles de practicar en la clínica diaria, se usan preferentemente para la investigación. En la práctica diaria la intensidad del dolor generalmente es referida por el paciente; es una premisa para los estudiosos del dolor el *creer* en el dolor referido por el paciente y nunca poner en duda su referencia” (16).

Sea por la referencia del paciente o mediante la utilización de alguna escala para medir la intensidad del dolor, se pueden determinar en forma general tres niveles de intensidad.

- “Dolor de intensidad leve, es aquel dolor que independiente de su origen no compromete las actividades diarias de quien lo padece, se puede sobrellevar y el tratamiento es de demanda opcional; en la escala análoga del dolor es aquel que se encuentra por debajo de cuatro” ⁽¹⁶⁾.
- “Dolor de intensidad moderada, aquel que demanda tratamiento inmediato, de no aliviarse puede interferir con las actividades diarias de quien lo padece y crear un estado de ansiedad moderada” ⁽¹⁶⁾.
- “Dolor severo, es aquel que interfiere claramente con las actividades del paciente, postra e inmoviliza al paciente y crea un estado de ansiedad extrema; demanda tratamiento urgente” ⁽¹⁶⁾.

“En el ámbito odontológico se considera como causa de dolor de máxima intensidad, es decir dolor severo al producido por la cirugía para la extracción de terceros molares, que no sólo es la más traumática y dolorosa, sino que puede ser más intensa horas después del procedimiento. Igualmente, severa pero menor que la referida a los terceros molares se considera aquel dolor producido por la extracción de raíces retenidas. Se acepta que los procedimientos que comprometen el

tejido óseo son los de más severa intensidad, a diferencia de la cirugía de tejidos blandos o las extracciones simples que producen dolor moderado en su mayoría” (16).

Independiente de la duración del dolor o su origen tisular, la intensidad establece muchas veces la conducta terapéutica, es decir nos indica si usaremos un fármaco efectivo para dolor leve o moderado u otro efectivo para el dolor severo. Asimismo, debe tenerse en cuenta que la magnitud de la lesión no es proporcional a la intensidad del dolor, es decir pequeñas lesiones pueden causar dolor de severa intensidad.

1.2.3. TRATAMIENTO DEL DOLOR

“Son muchos los fármacos que se han investigado para minimizar el dolor postoperatorio: Los más ampliamente utilizados son los AINES, que inhiben la síntesis de prostaglandinas y tromboxanos, reduciendo así su actividad sensibilizadora sobre terminaciones sensitivas, así como la actividad vasodilatadora y quimiotáctica” (16). Quedando referenciado en la literatura la efectividad del diclofenaco (17). Contexto similar con los corticosteroides (18)(19), sin embargo, se deberá tener en cuenta su condición controversial sobre la posibilidad de efectos secundarios: Sin duda existe riesgo alto de complicación inducido por el uso del fármaco como por ejemplo la supresión adrenal o un retraso en la cicatrización e incluso la aparición de infección (20).

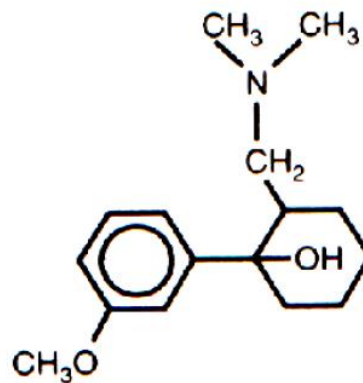
A pesar de los avances recientes, “el tratamiento actual del dolor postoperatorio continúa siendo insuficiente y se sabe que las vías

habituales de administración de los analgésicos presentan múltiples inconvenientes e incluso algunos métodos y fármacos analgésicos pueden presentar problemas aún mayores que el dolor en sí mismo” (21).

1.2.3.1. TRAMADOL

“El Tramadol es una 4 - fenilpiperidina sintética cuya denominación química es: Trans-2-Dimetilaminometil-1-m-metoxyfenil-Ciclohexanol clorhidrato, y cuya fórmula molecular es: C₁₆H₂₆C NO₂. Tiene una estructura similar a la codeína. Presenta un peso molecular de 299.89” (22).

Se presenta como un polvo blanco, amargo, cristalino e inodoro, soluble en agua y alcohol con un pKa de 9,3, y un pH de 6,8.



“El Tramadol se absorbe bien por cualquier vía: oral, vía intravenosa (IV), intramuscular (IM) o rectal. Tras la administración oral (VO) en voluntarios sanos, el Tramadol es rápidamente absorbido casi en su totalidad” (22). Aproximadamente dos horas después de la administración de una dosis oral única de 100 mg, se produce un E pico en los niveles plasmáticos que

alcanza los 280-308 ng/mL. Para una dosis de 100 mg, administrada vía intravenosa (I.V), los niveles plasmáticos presentes a los 15 minutos y a las dos horas son de 613 y 409 ng/m respectivamente.

Cuando la vía de administración es oral o rectal, el fármaco sufre un primer paso metabólico hepático (sobre todo por vía oral) que disminuye su biodisponibilidad. La biodisponibilidad oral absoluta es de 68% tras una dosis única, y del 90%-100% tras dosis múltiple, incremento que está en relación con el hecho de que el metabolismo hepático de primer paso es saturable. Asimismo, este parámetro farmacocinético se ve incrementado con la edad y en pacientes con disfunción hepática o insuficiencia renal”.

“El Tramadol, es un analgésico de eficacia demostrada y bien tolerado. Fue comercializado por primera vez en Alemania en 1977 bajo patente de Grunenthal y actualmente se encuentra disponible en más de setenta países, habiendo sido tratados durante estos años más de cuarenta millones de pacientes. En marzo de 1994, el Tramadol obtuvo el permiso de la Food and Drugs Administration (FDA) para ser comercializado en Estados Unidos para el tratamiento de varios tipos de dolor, de carácter moderado a intenso. Las recomendaciones de la OMS en cuanto a su utilización lo sitúan en el segundo escalón del tratamiento del dolor, donde se requiere el uso de opioides menores o menos potentes” ⁽²²⁾.

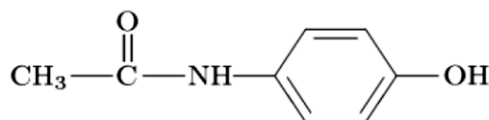
El Tramadol es eficaz para controlar el dolor agudo y/o crónico, los estudios evidencian alta eficiencia para aliviar el dolor nociceptivo y neurótico ⁽²²⁾⁽²³⁾. En el manejo del dolor podemos administrar por vía oral, intramuscular, endovenosa y rectal. La dosis recomendada en humanos es

de 1 a 1,5 mg/kg en adultos y de 1-2 mg/kg en niños administrados a intervalos de 4-6 horas, siendo dosis máxima recomendada de 400 mg en 24 horas.

“En el tratamiento del dolor postoperatorio la administración parenteral u oral de tramadol alivia el dolor moderado-severo tras diversos tipos de cirugía (abdominal, ortopédica, cardíaca), disminuyendo la intensidad del dolor” (valorado mediante una EVA) en un 46-57 % ⁽²³⁾.

1.2.3.2. PARACETAMOL

“El Paracetamol (Acetaminofeno), es el metabolito activo de la fenacetina, un analgésico derivado de la anilina. Se clasifica dentro del grupo de los para-aminofenoles” ⁽²⁴⁾.



“Después de su ingestión, el paracetamol se absorbe en forma rápida y casi completa en el tracto gastrointestinal. Su concentración plasmática alcanza un máximo en 30 a 60 minutos y su vida media es de dos (02) horas. El Paracetamol se distribuye de manera relativamente uniforme en casi todos los líquidos corporales, se une levemente a proteínas plasmáticas, atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica y se metaboliza en el hígado” ⁽²⁴⁾.

“Paracetamol es un fármaco eficaz, que puede utilizarse en vez de la aspirina como analgésico y antipirético en una serie de cuadros como son: dolor leve a moderado, dolor posoperatorio, cefaleas, dolor muscular y articular, dolor postparto y fiebre. Sin embargo, no es un fármaco útil para combatir trastornos inflamatorios” ⁽²⁵⁾.

Los reportes de investigación indican que el paracetamol oral presenta una alta eficacia en los modelos de dolor posoperatorio; posterior al acto quirúrgico de las terceras molares ⁽²⁶⁾. La prescripción de 500 mg. 3 o 4 veces al día por un periodo corto evidencia un reducido efecto colateral, siendo la reacción alérgica muy raro en estas circunstancias. “La ingestión de dosis excesivas de paracetamol puede causar necrosis hepática potencialmente mortal, necrosis tubular renal y discrasias sanguíneas. Sin embargo, presenta una serie de ventajas si se compara con otros analgésicos como la aspirina, ya que carece de efectos en la agregación plaquetaria, no causa irritación gastrointestinal, hemorragia ni agrava las úlceras” ⁽²⁵⁾.

“El mecanismo de acción exacto del paracetamol es aún desconocido. No se ha explicado de manera satisfactoria la razón por la cual constituye un eficaz agente analgésico y antipirético. Se piensa que los mayores efectos del paracetamol se producirían a nivel central, por ser un mal inhibidor del ciclo oxigenasa a nivel periférico, pero es un potente inhibidor de la ciclooxigenasa a nivel central” ⁽²⁶⁾.

1.3 Marco Conceptual

- **Analgésico:** Los analgésicos o antiálgicos es el fármaco de elección para el manejo del dolor.
- **Cirugía:** Procedimiento por el cual el especialista manipula de manera mecánica las estructuras anatómicas con fines de diagnóstico, terapéutica o pronóstico.
- **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; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas. Sensación causada por un estímulo (Cirugía) de naturaleza perjudicial.
- **Edema:** Característica de exceso de líquido en algún órgano o tejido del cuerpo que, en muchos casos, puede mostrar el aspecto de una hinchazón blanda.
- **Escala Visual Análoga (EVA):** Representación gráfica consistente en una línea base sobre la que se encuentran números de 1 a 10 que sirven como indicadores, a través de la cual el paciente determina el nivel de dolor que percibe.
 - Leve entre 1 - 4
 - Moderado 5 - 7
 - Fuerte 8 - 10
- **Opiáceos y opioides:** Son un grupo de fármacos que se utilizan principalmente en el tratamiento del dolor de gran intensidad y persistencia, como pueden ser los dolores posoperatorios y oncológicos.

- Paracetamol: También conocido como acetaminofén o acetaminofeno, es un fármaco con propiedades analgésicas y antipiréticas utilizado principalmente para tratar la fiebre, y el dolor leve y moderado.
- Tramadol: Analgésico que alivia el dolor actuando sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). Ejerce su acción analgésica por un mecanismo dual. Por unión a los receptores opiáceos específicos y por bloqueo de la recaptación neuronal de noradrenalina y la liberación de serotonina.

CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Cirugía Oral es la especialidad que comprende una amplia variedad de procedimientos quirúrgicos de la boca, ya sea sobre tejidos blandos (encías y mucosas) o sobre tejidos duros (huesos y dientes).

Como ocurre en otras áreas, nuestra especialidad no tiene límites para los actos quirúrgicos que pueda practicar el Cirujano Dentista. La intervención prevalente en cirugía oral es la extracción de caninos o supernumerarios. Con frecuencia, los caninos no tienen espacio suficiente para erupcionar a la boca, lo que indica tratamientos ortodóncicos para crear este espacio, y lograr su erupción, este proceso puede requerir en muchos casos la asistencia de cirugía bucal para traccionar el diente a boca. Si el canino se encuentra en una posición muy desfavorable, se indica su extracción quirúrgica.

Tras una Cirugía Oral es habitual que se produzca inflamación y también es habitual un ligero sangrado en la herida, que en algunos pacientes puede producir un hematoma, visible en la piel o el labio. El dolor que acompaña a la lesión y a la inflamación también es normal.

Son muchos los fármacos que se han investigado para minimizar el dolor postoperatorio: Los más ampliamente utilizados son los AINES, que inhiben la síntesis de prostaglandinas y tromboxanos, reduciendo así su actividad sensibilizadora sobre terminaciones sensitivas, así como la actividad vasodilatadora y quimiotáctica” (16). Existe variedad de publicaciones sobre el manejo del dolor con corticosteroides (18), sin embargo, es controversial

por la posibilidad de producir algún efecto colateral: “Hay un riesgo potencial de complicaciones inducidas por el uso de estos fármacos como la supresión adrenal o un retraso en la cicatrización e incluso la aparición de infección” (20).

“Los AINES debido a su efectividad y eficacia son usados ampliamente para el manejo de muchos tipos de dolor, entre ellos el dolor dental donde tienen una buena respuesta disminuyendo el grado de dolor y además algunos tienen propiedades seguras al no inhibir la COX-1 sino más bien son selectivos para la COX-2, en este grupo se encuentran los coxibs” (20).

La estrategia para el manejo del dolor debe ir encaminada a bloquear los mecanismos de hiperalgesia se hace necesario combinar el tratamiento odontológico definitivo con un buen manejo farmacológico, teniendo planteamientos farmacológicos flexibles que se ajusten a cada individuo. Actualmente se dispone de muchos analgésicos y antiinflamatorios que resultan ser útiles, siempre y cuando se proporcionen adecuadamente para dar una analgesia rápida y segura.

Es común asociar un analgésico AINES con un opioide y así aprovechar las acciones de sinergismo que puedan derivar de esta asociación, la asociación de estos fármacos deriva en una mejor respuesta al control del dolor y por lo tanto en un alivio rápido del paciente sometido a este tipo de cirugía.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La asociación de fármacos para el manejo del dolor posoperatorio en Cirugía Oral es una práctica que se está desarrollando en el campo Odontológico, por lo tanto, es necesario determinar la eficacia de la asociación de un AINE como el Paracetamol con un Opiode como el Tramadol en el Control del Dolor Posoperatorio de pacientes que han sido sometidos a Cirugía Oral – exodoncia de mediana y mayor complejidad de las terceras molares inferiores, caninos superiores o supernumerarios.

2.2.1. Problema General

¿Cómo es el Control del dolor posoperatorio con Tramadol y Paracetamol en pacientes sometidos a cirugía Oral, en el Hospital Santa María Socorro de Ica – 2019?

2.2.2. Problema Específico

2.2.2.1. ¿Cuál es la dosis de control de la asociación Tramadol y Paracetamol para el dolor posoperatorio de pacientes sometidos a Cirugía Oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019?

2.2.2.2. ¿De qué manera evoluciona el dolor posoperatorio de pacientes sometidos a Cirugía Oral, en el Departamento de Odontología, del Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019?

2.2.2.3. ¿Cuál es la eficacia analgésica de la asociación Tramadol y Paracetamol en el dolor Posoperatorio de los pacientes sometidos a

Cirugía Oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019?

2.2.2.4. ¿Cuáles son los efectos indeseables de la asociación Tramadol y Paracetamol en el control del dolor posoperatorio de los pacientes sometidos a Cirugía Oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa del Socorro de Ica - 2019?

2.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El dolor es el primer síntoma de que el cuerpo humano ha sufrido alguna alteración en su equilibrio somático, alterando al individuo en su percepción interna y externa, lo que ocasiona, en muchos casos la reticencia al proceso quirúrgico, por lo que el tratamiento de este tanto para mitigarlo o hacerlo inexistente es de suma importancia en el proceso de recuperación de la salud oral.

La importancia del presente trabajo de investigación se encuentra en obtener los datos necesarios para administrar una asociación de fármacos efectiva en el manejo del dolor. Aún cuando la eficacia y seguridad de los AINES para la odontalgia posquirúrgico, son reportes de estudios con diseño de dosis única, se indica que el paciente requiere su administración por mayor tiempo (días) posterior al acto quirúrgico. “Por otro lado, el seguimiento de estudios con dosis múltiple de analgésico no está claramente evidenciado; pero ya existen algunos investigadores que han procurado cambiar este criterio de dosis única por dosis de carácter múltiple” ⁽²⁶⁾. La razón de esta línea de investigación por reemplazar la dosis única por dosis múltiple se fundamenta en el hecho de que se pueda

predecir con mayor claridad cualquier reacción adversa de estas combinaciones que los estudios con dosis única ⁽⁶⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾.

2.4. OBJETIVO

Objetivo General

“Determinar el Control del dolor posoperatorio con la asociación de Tramadol y Paracetamol en pacientes sometidos a Cirugía Oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019”.

Objetivos Específicos

- 1° “Determinar la dosis de control de la asociación Tramadol y Paracetamol para el dolor posoperatorio de pacientes sometidos a Cirugía Oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019”.
- 2° “Evaluar la evolución del dolor posoperatorio de pacientes sometidos a Cirugía Oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019”.
- 3° “Establecer la eficacia analgésica de la asociación Tramadol y Paracetamol en el dolor posoperatorio de pacientes sometidos a Cirugía Oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019”.
- 4° “Establecer los efectos indeseables de la asociación Tramadol y Paracetamol en el control del dolor posoperatorio de pacientes sometidos a Cirugía Oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019”.

2.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.5.1. HIPÓTESIS GENERAL

- “Como controlar el dolor posoperatorio de pacientes sometidos a Cirugía Oral con la asociación Tramadol y Paracetamol, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019”.

2.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

2.5.2.1. “Utilizando la asociación Tramadol y Paracetamol se logrará controlar el dolor posoperatorio de pacientes sometidos a Cirugía Oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019”.

2.5.2.2. “No se registran reacciones adversas en las dosis de la asociación Tramadol y Paracetamol utilizadas en el control del dolor posoperatorio de pacientes sometidos a Cirugía Oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019”.

2.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACION

IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

Variable Independiente (V.I.)

- Asociación Tramadol y Paracetamol

Variable interviniente

- Paciente sometido a Cirugía Oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019.

Variable dependiente (V.D.)

- Dolor Posoperatorio en Cirugía Oral.

B) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Índice
Asociación Tramadol y Paracetamol	Forma farmacéutica analgésica antiinflamatoria	Cantidad de los principios activos tramadol y paracetamol	Dosis	Hasta 12 g /24 horas
Paciente sometido a cirugía oral	Persona adulta sometida a cirugía extractiva de caninos y/o supernumerario	Persona / individuo	Persona / individuo	Edad Peso Sexo
Dolor post operatorio	Sensación propioceptiva somática luego del trauma operatorio	Intensidad de la sensación según escala	Escala EVA	Ausencia de Dolor (EVA = 0) Máximo Dolor (EVA = 10)

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación es de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, tipo descriptivo dado que se analizan los fenómenos tal como se presentan, en este caso el dolor evaluado en el paciente sometido a Cirugía Oral en el Posoperatorio inmediato a través de la Escala Visual Análoga (EVA) después de recibir la asociación Tramadol y Paracetamol, y de corte longitudinal porque el paciente objeto del estudio es evaluado en varios momentos, siguiendo una línea de tiempo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN BLANCO

Constituida por pacientes sometidos a Cirugía Oral; que acuden al Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada paciente sometido a cirugía de exodoncias de terceros molares inferiores, caninos incluidos y/o supernumerario.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población lo constituyen los pacientes sometidos a cirugía extractiva de terceros molares inferiores, caninos incluidos y/o supernumerario

UNIDAD DE MUESTREO

Cada paciente sometido a cirugía extractiva de terceras molares, de caninos incluidos y/o supernumerario que cumplen los **criterios de inclusión:**

- Persona hombre o mujer entre 18 años y 35 años
- Paciente sometido por primera vez a cirugía extractiva de terceras molares inferiores, caninos y/o supernumerario.
- Pacientes con expresa voluntad de participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Alcoholismo, o medicados por otros fármacos y/o droga.
- Pacientes con tratamiento de medicamentos de tipo opioide y/o AINE de forma crónica o durante las 48 horas previas a la intervención.
- Pacientes medicados con inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), antidepresivos tricíclicos o cualquier otro fármaco de acción central.
- Alergia a AINES.
- Obesidad mórbida, IMC igual o superior a 35 Kg/m².
- Hepatopatía crónica o insuficiencia renal.
- Patología psiquiátrica, inestabilidad emocional o pacientes que no eran capaces de comprender la naturaleza del estudio.
- La negativa a ser parte del estudio.

PROCEDIMIENTO DE MUESTREO

Muestra intencional, en la cual se seleccionan a 30 pacientes que cumplen los criterios de inclusión, obteniendo sus datos de edad, sexo y peso por la unidad de Triaje de Consulta Externa del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

CAPÍTULO IV TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

4.1 Técnicas de recolección de datos

Observación, registro y transcripción de apreciaciones de los pacientes materia de estudio sobre la intensidad del dolor posoperatorio.

4.2 Instrumentos de recolección de datos

Escala Visual Análoga (EVA).

Guía de observación.

4.3 Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de los resultados.

El procesamiento se realizó en el programa informático Microsoft Excel 360. Los datos se transformaron en información a través de la estadística descriptiva la misma que para variables cualitativas se representaron en frecuencia absoluta, porcentual y las variables cuantitativas en medidas de tendencia central, medida de dispersión, medida de posición, medida de forma. Mientras que la información se transformara en conocimiento con la ayuda de la estadística inferencial para lo cual se siguió el ritual de significancia estadística planteado por Ronald Fischer.

4.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Atendiendo al grado de experimentación.

- Cuasi experimental - correlacional

Atendiendo al tratamiento de la variable tiempo.

- Diseño longitudinal

Atendiendo a los objetivos de la investigación

- Con una finalidad descriptiva

CAPITULO V CONSTRATACIÓN DE HIPÓTESIS

5.1 Prueba de la Hipótesis General

Hipótesis Nula

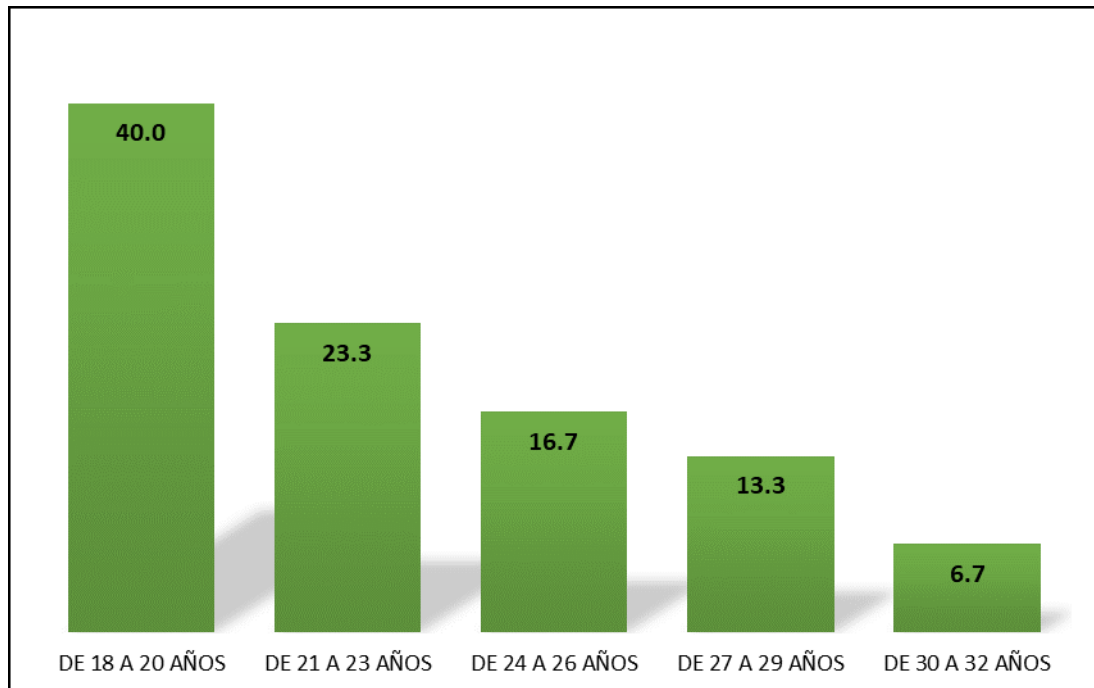
“No controla el dolor posoperatorio el uso de la asociación Tramadol y Paracetamol en los pacientes sometidos a Cirugía Oral, del Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro Ica - 2019”

Hipótesis Alternativa

“Sí controla el dolor posoperatorio el uso de la asociación Tramadol y Paracetamol en los pacientes sometidos a Cirugía Oral, del Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro Ica - 2019”.

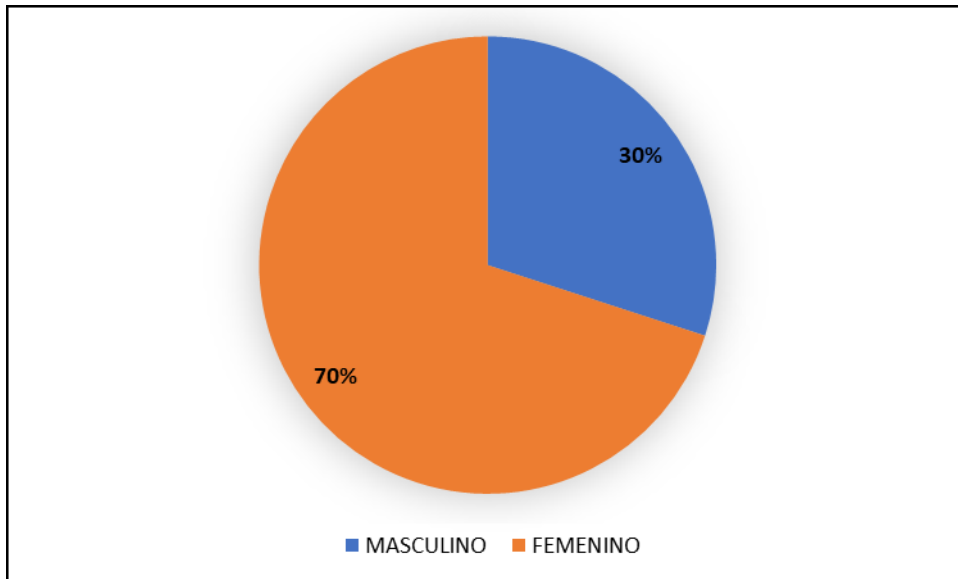
CAPITULO VI PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

GRAFICO Nro. 01.- Distribución porcentual de las edades de los pacientes participantes.



La mayor parte de los pacientes tuvieron edades entre 18 y 23 años (63,3%), y la diferencia a 100 entre 24 y 32 años, la media de las edades es de 22,7 años. Todos cumplieron los criterios de inclusión para el presente estudio.

GRAFICO Nro. 02.- Distribución porcentual del sexo de los pacientes participantes.



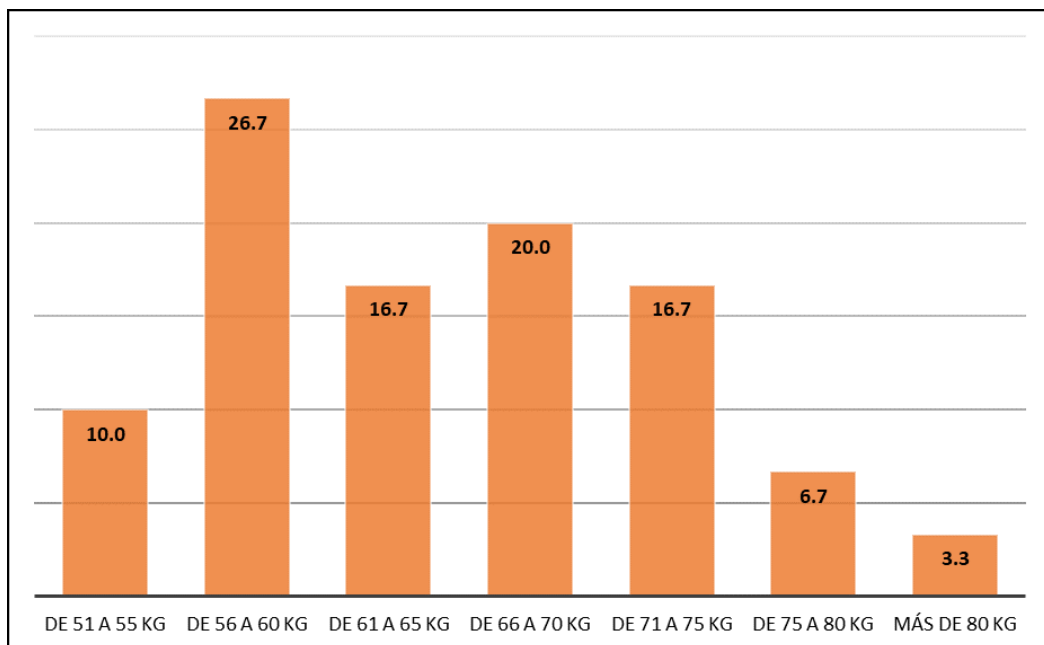
En el presente estudio el 70% de los participantes es de sexo femenino y el 30% de sexo masculino. Esto podría dar una variación más subjetiva en la apreciación de la intensidad del dolor, ya que las mujeres presentaron umbrales más bajos de dolor en referencia al dolor neuropático ⁽²⁸⁾. Una prueba F del valor medio de la escala de EVA entre ambos sexos nos indica estadísticamente que no existen diferencias en la apreciación del dolor.

Tabla 01.- Prueba F para varianzas de la intensidad del dolor declarado en la EVA según el sexo del paciente

	<i>FEMENINO</i>	<i>MASCULINO</i>
Media	1.19	1.72
Varianza	0.50	1.63
Observaciones	21	9
Gl	20	8
F	0.306	
P(F<=f) una cola	0.015	
Valor crítico para F (una cola)	0.409	

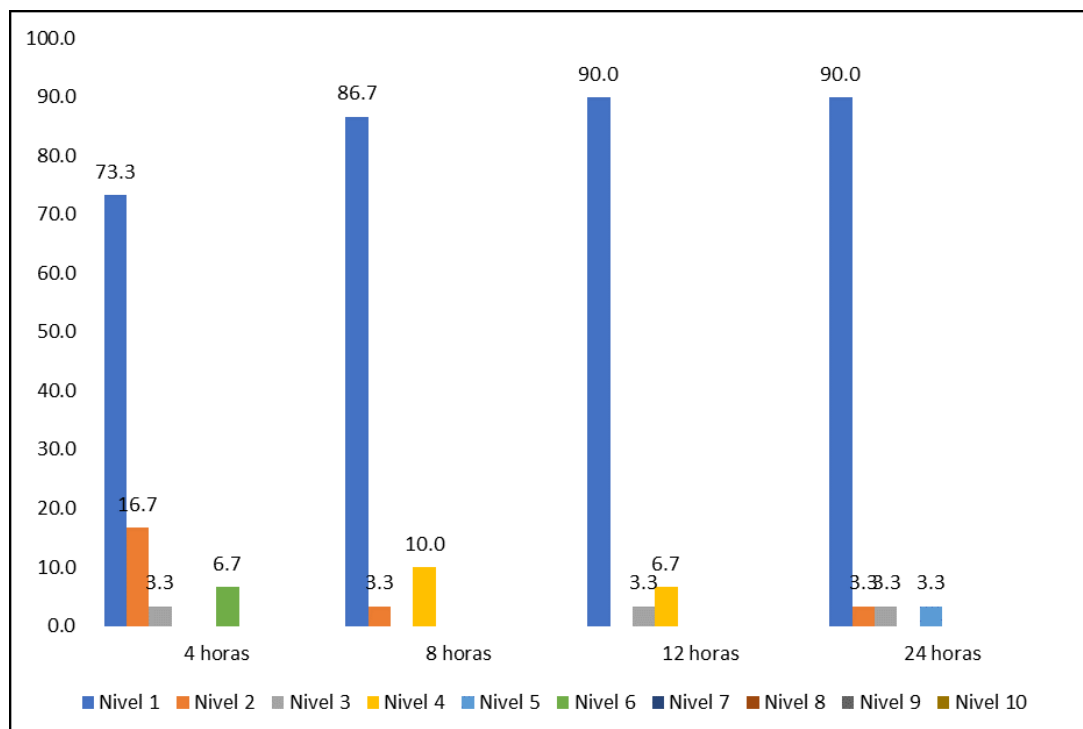
El valor F de 0,306 menor al calor crítico para F, nos indica que no existen diferencias en la apreciación del dolor en EVA entre pacientes de sexo masculino y los de sexo femenino.

GRAFICO Nro. 03.- Distribución porcentual del peso de los pacientes participantes.



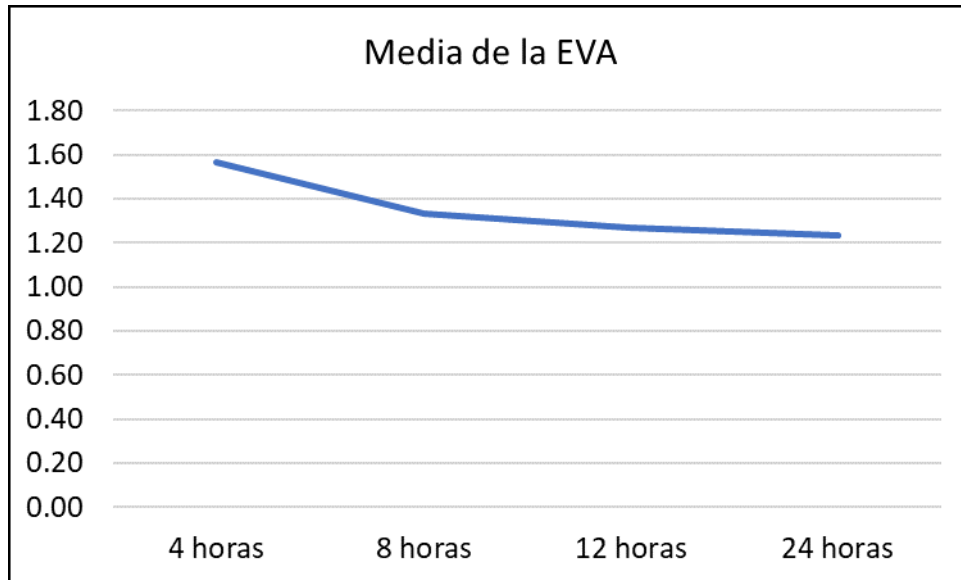
La distribución porcentual de los pesos de los pacientes que participaron en el presente estudio nos indica que la mayoría se ubica entre los 56 y 75 Kg. Peso adecuado para la dosis administrada de tramadol + paracetamol.

GRAFICO Nro. 04.-Valores porcentuales del nivel de dolor según la Escala Visual Análoga a las 4, 8 12 y 24 horas de realizada la cirugía.



La observación de los datos obtenidos al utilizar la EVA para el dolor posoperatorio nos muestra que en las primeras 4 horas el 73,3% de los pacientes iniciaron un dolor de nivel 1, un 16,7% señalaron un dolor de nivel 2 y un 6,7% un dolor de nivel 6. A las 8 horas post operatorio el 86,7% indicaron un dolor de nivel 1, un 3,3% un dolor de nivel 2 y un 10% un dolor de nivel 4, a las 12 horas post operatorio el 90% declaran un dolor de nivel 1 valor porcentual igual que el indicado a las 24 horas post operatorio.

GRAFICO Nro. 05.- Valores medios ponderados del nivel de dolor según la Escala Visual Análoga a las 4, 8 12 y 24 horas de realizada la cirugía.



Teniendo presente los valores medios de la intensidad del dolor declarado mediante la EVA, la intensidad disminuye según transcurren las horas del post operatorio. El análisis mediante prueba F de la intensidad del dolor a las 4 horas y 8 horas de transcurrida la cirugía nos indica estadísticamente que existen diferencias en los valores indicados por EVA.

Tabla 02.- Prueba F para varianzas de la intensidad del dolor declarado entre la EVA a las 4 horas del post operatorio y a las 8 horas del post operatorio

	<i>Escala de EVA del dolor [4 horas]</i>	<i>Escala de EVA del dolor [8 horas]</i>
Media	1.6	1.3
Varianza	1.7	0.9
Observación	30.0	30.0
GI	29.0	29.0
F	2.0	
P(F<=f) una cola	0.0	
Valor crítico para F (una cola)	1.9	

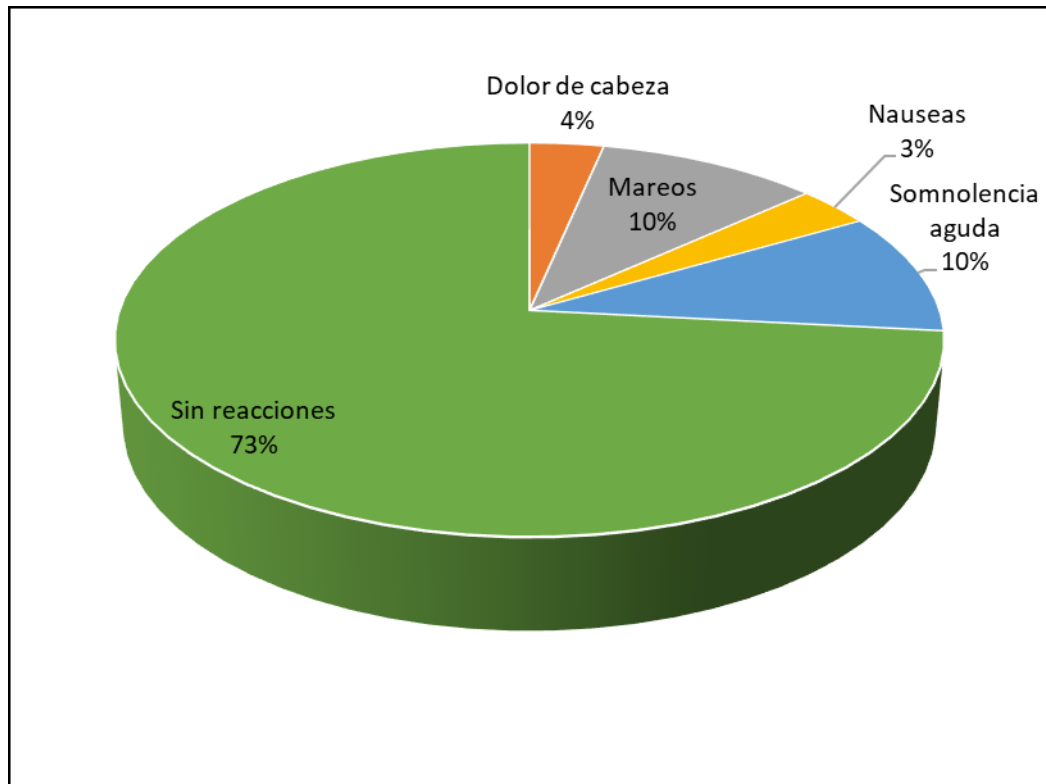
El valor F de 2,0 mayor al valor crítico para F, nos indica que si existen diferencias en la apreciación del dolor en EVA entre la EVA a las 4 horas y la EVA a las 8 horas de la cirugía. Un valor medio menor a las 8 horas de realizada la cirugía indica que en general el dolor disminuye según transcurre el tiempo.

Tabla 03.- Prueba F para varianzas de la intensidad del dolor declarado entre la EVA a las 8 horas del post operatorio y a las 12 horas del post operatorio

	<i>Escala EVA del dolor [8 horas]</i>	<i>Escala EVA del dolor [12 horas]</i>
Media	1.33	1.27
Varianza	0.85	0.69
Observación	30.00	30.00
Gl	29.00	29.00
F	1.24	
P(F<=f) una cola	0.28	
Valor crítico para F (una cola)	1.86	

La comparación de la intensidad del dolor entre las 8 y las 12 horas posoperatorio no indica diferencias significativas, estableciendo que la curva del dolor se hace horizontal, característica de una dosis de mantenimiento.

GRAFICO Nro. 05.- Valores porcentuales de las reacciones adversas a la administración de tramadol + paracetamol



En el presente estudio, el 73% de los pacientes que participaron, no declararon reacción adversa, un 10% señaló una somnolencia aguda, efecto que se manifiesta generalmente por la presencia del Tramadol.

Prueba de Hipótesis

H_0 = No controla el dolor posoperatorio el uso de la asociación Tramadol y Paracetamol en los pacientes sometidos a Cirugía Oral, del Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro Ica – 2019.

Para H_0 : el 25% o más declara dolor mayor de 2 en EVA.

Para H_1 = Menos del 25% declara dolor mayor de 2 en EVA

Prueba de proporciones de una muestra:

$$z = \frac{\frac{x}{n} - P_0}{\sqrt{\frac{P_0(1-P_0)}{n}}}$$

Donde:

% observado = 0.1 $n= 30$; $P_0 = 0.25$; Nivel de confianza (α) =0.05

Valor critico de “z” = 1.64

$$z = \frac{\frac{x}{n} - P_0}{\sqrt{\frac{P_0(1-P_0)}{n}}} = -1,89$$

H_0 es rechazada ya que el valor calculado de “z” es de -1,89, menor al intervalo - 1,64: +1,64. Por lo tanto, menos del 25% de los pacientes declaran valor de EVA mayor a 2.

DISCUSION

El dolor es uno de los indicadores del cuerpo humano de que algo fisiológico o psicológico no se encuentra en óptimas condiciones. Indica tanto una lesión externa como una lesión interna o aspectos psicológicos que afectan el equilibrio somático. En nuestro trabajo, el tamaño muestral de 30 pacientes se basa en el Teorema del Límite Central, "Sí el tamaño de la muestra es suficientemente grande ($n \geq 30$) entonces, para casi todas las poblaciones, la media muestral X sigue aproximadamente una distribución normal" ⁽²⁹⁾.

La mayor parte de los pacientes tienen edades entre 18 y 23 años (63,3%) la media de las edades es de 22,7 años, y en lo referente al sexo el 70% de los participantes es de sexo femenino y el 30% de sexo masculino. Esto podría dar una variación más subjetiva en la apreciación de la intensidad del dolor, ya que según las conclusiones de Gutiérrez Lombana y Gutiérrez Vidal ⁽²⁸⁾, "las mujeres presentan umbrales más bajos de dolor en referencia al dolor neuropático"; para nosotros una prueba F del valor medio de la escala de EVA entre ambos sexos nos indica estadísticamente que no existen diferencias en la apreciación del dolor entre ambos sexos.

La observación de los datos obtenidos al utilizar la EVA para el dolor posoperatorio nos muestra que en las primeras 4 horas el 73,3% de los pacientes iniciaron un dolor de nivel 1, un 16,7% señalaron un dolor de nivel 2 y un 6,7% un dolor de nivel 6. A las 8 horas posoperatorio el 86,7% indicaron un dolor de nivel 1, un 3,3% un dolor de nivel 2 y un 10% un dolor de nivel 4, a las 12 horas posoperatorio el 90% declaran un dolor de nivel 1 valor porcentual igual que el indicado a las 24 horas posoperatorio.

Teniendo presente los valores medios de la intensidad del dolor declarado mediante la EVA, la intensidad disminuye según transcurren las horas del posoperatorio. El análisis mediante prueba F de la intensidad del dolor a las 4 horas y 8 horas de transcurrida la cirugía nos indica estadísticamente que existen diferencias en los valores indicados por EVA., pero al comparar la intensidad del dolor entre las 8 y las 12 horas posoperatorio el resultado no indica diferencias significativas, dando a entender que la curva del dolor se hace horizontal, característico de una dosis de mantenimiento.

De los resultados obtenidos se observa que el 75% de los pacientes sometidos a cirugía oral indican una intensidad de dolor según EVA menor a 2, lo cual determina la efectividad de la administración de tramadol con paracetamol en el control del dolor posoperatorio y teniendo en cuenta además que el 73% de los pacientes no manifestaron reacciones adversas, esta asociación es una opción para el tratamiento del dolor de manera eficaz.

CONCLUSIONES

- Se determinó que el uso de la asociación Tramadol 37,5mg y Paracetamol 325 mg en el Control del dolor posoperatorio de pacientes sometidos a cirugía oral, controla el dolor a valores de 2 o menor en escala de EVA.
- Se concluyó que la dosis utilizada de la asociación Tramadol 37,5 y Paracetamol 325mg, se logró controlar el dolor posoperatorio de pacientes sometidos a Cirugía Oral, durante las primeras 04 horas del post operatorio; en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro Ica – 2019.
- Se estableció una buena eficacia analgésica de la asociación de Tramadol 37,5mg y Paracetamol 325mg en el control del dolor posoperatorio de los pacientes sometidos a Cirugía Oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro Ica – 2019.
- No se registraron reacciones adversas en las dosis de la asociación Tramadol y Paracetamol utilizadas en el control del dolor posoperatorio de pacientes sometidos a Cirugía Oral; en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro Ica - 2019.

RECOMENDACIONES

- 1° Realizar estudios comparativos para determinar la administración de asociaciones de especialidades farmacéuticas para el control del dolor posoperatorio en Cirugía Oral según edad y sexo.
- 2° Comparar la evolución del control doloroso posoperatorio, usando asociaciones de AINEs y Opiáceos, para determinar la administración de dosis más adecuada en los procesos dolorosos, en pacientes sometidos a Cirugía Oral.
- 3° Se sugiere realizar investigaciones referentes a la eficacia analgésica de las asociaciones farmacéuticas en el control del dolor posoperatoria de Cirugía Oral, y la publicación de los resultados obtenidos, así poder dar a conocer las investigaciones que se realizan en nuestra Escuela de Post Grado.
- 4° Se debe saber actuar ante los posibles efectos indeseables que podría presentar la asociación de Tramadol y Paracetamol en el control del dolor posoperatorio en Cirugía Oral y poder adiestrar a los Cirujanos Dentistas, en el manejo del control del dolor posoperatorio en Cirugía Oral, y así poder obtener futuras investigaciones en base a los resultados obtenidos.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN O BIBLIOGRAFÍA

1. Mehlish MD, F. R. (1984). Double blind parallel comparison of single oral doses of ketoprofen, codeine and placebo inpatients with moderate to severe dental dental pain. *J Clin Pharmacol*, 24: 486-92.
2. Goucke CR, K. J. (1990). The effect of diclofenac and nefopam on postoperative dental pain. *Anaesthesia*, 45: 329-31.
3. Antila H, L. R. (1992). Successful pain management by Finnish oral surgeons. A clinical follow up study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 74: 19-23.
4. Smith AC, B. I. (1993). Inhibition of tissue prostaglandin synthesis during third molar surgery: use of a preoperative fenbufen. *BR J Oral Maxillofac Surg*, 28:251-3.
5. Roszkowski MT, S. J. (1997). Effect of NSAID administration on tissue levels of immunoreactive prostaglandin E2, leukotriene B4, and (S)- flurbiprofen following extraction of impacted third molars. *Pain*, 73: 339-45.
6. Cooper, A. (1988). Ketoprofen in oral surgery pain: a review. *J Clin Pharmacol*, 28: 40-6.
7. Urquhart, F. (1994). Agentes analgésicos y estrategias en el modelode dolor dental. *J Dent*, 22: 336-41.
8. López-Carriches, C., Martínez-González, J., & Donado-Rodríguez, M. (2005). Analgesic efficacy of diclofenac versus methylprednisolone in the control of postoperative pain after surgical removal of lower third molars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 10:432-39.
9. Olmedo, M., Gálvez, R., & Vallecillo, M. (2002). Double-blind parallel comparison of multiple doses of ketorolac, ketoprofen and placebo administered orally to patients with postoperative dental pain. *Rev Soc Esp Dolor*, 9: 23-30.

10. Montes Perez, A. (2003). *Tratamiento del dolor agudo postoperatorio utilizando combinaciones de tramadol y metamizol: Analisis de la interacción*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, Farmacología, Barcelona.
11. Paccini Torres M, M. V. (2019). Efecto analgésico profiláctico del paracetamol e ibuprofeno en la extracción de piezas dentarias en niños. *KIRU*, 16 (2): 6 1 68. Obtenido de <https://doi.org/10.24265/kiru.2019.v16n2.02>
12. Zavaleta Reyes, Yenny Lucerito (2016). "Nivel de Conocimiento sobre analgésicos en Cirujanos Dentistas del Distrito de la Esperanza – Trujillo en el año 2016" Tesis de la Universidad Católica de los Angeles de Chimbote. Obtenido de <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/2202>.
13. Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytes; "Cirugía Bucal", Ediciones Ergon, España 1999.
14. Merskey, H., & Bogduk, N. (. (1994). *Classification of chronic pain*. Seattle: IASP Press.
15. Cerveró, F., & Laird, J. (1995). Fisiología del dolor. En L. Aliaga, J. Baños, & C. e. Barutell, *Tratamiento del dolor: Teoría y Práctica* (págs. 9-25). Barcelona: MCR.
16. Dionne, S., & Gondon, S. (1994). Antiinflamatorios no esteroideos para el alivio del dolor agudo. *Clin Odontol Norteam* 1994;4:627-48., 4:627-648.
17. Joshi, A., Parara, E., & Macfarlane, T. (2004). A double-blind randomised controlled clinical trial of the effect of preoperative ibuprofen, diclofenac, paracetamol with codeine and placebo tablets for relief of postoperative pain after removal of Impacted third molar. *Br J Maxillofac Surge*, 42:299-306.
18. Tiwana, P., Foy, S., Shugars, D., Marciani, R., Conrad, S., & Phillips, C. e. (2005). The impact of intravenous corticosteroids with third molar surgery in

- patients at high risk for delayed health-related quality of life and clinical recovery. *J Oral Maxillofac Surg*, 63:55-62.
19. Esen, E., Tasar, F., & Akhan, O. (1999). Determination of the anti-inflammatory effects of methylprednisolone on the sequelae of third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg*, 57:1201-6 .
 20. Gersema, L., & Baker, K. (1992). Use of corticosteroids in Oral Surgery. *J Oral Maxillofac Surg*, 50:270-7.
 21. Torres, L. (1995). Confort vs analgesia en el postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor*, 2:149-50.
 22. Sindrup, S., Madsen, C., Brosen, K., & Jensen, T. (1999). The effect of tramadol in painful polyneuropathy in relation to serum drug and metabolite levels. *Clin Pharmacol Ther*, 66(6): 636-41.
 23. Scott, L., & Perry, C. (2000). Tramadol: a review of its use in perioperative pain. *Drugs* , 60(1): 139-76.
 24. Goodman, & Gillman. (1990). *Las bases farmacológicas de la terapéutica* (8 ed.). México: Ed. McGraw-Hill. Interamericana.
 25. Ciancio, S., & Bourgault, P. (1990). *Farmacología clínica para odontólogos*. C.V. México: Ed. El manual moderno.
 24. P.L.Moller, & S.Sindet-Pedersen. (2005). Onset of acetaminophen analgesia: comparison of oral and intravenous routes after third molar surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 94 (5):642-8.
 25. Pini, L., Sandrini, M., & Vitale, G. (1996.). The antinociceptive action of paracetamol is associated with changes in the serotonergic system in the rat brain. *Eur. J. Pharmacol.*, 308:31-40.
 26. Ventâ, I. (1993). Predictive model for impaction of lower third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 76: 699-703.

27. McQuay, H., Carroll, D., Guesl, P., Juniper, R., & Moore, R. (1992). A multiple dose comparison of ibuprofen and codeine and paracetamol codeine and caffeine after third molar surgery. *Anaesthesia*, 47: 672-7.
28. Gutiérrez Lombanaa, W., & Gutiérrez Vidal, S. E. (August–October de 2012). Diferencias de sexo en el dolor. Una aproximación a la clínica. *Revista Colombiana de Anestesiología.*, 40, 207-212.
29. González Rodríguez, B., Hernández Abreu, D., Jiménez Paiz, M., & Marrero Rodríguez, M. I. (2013). Muestreo y estimación. En *Matemática Aplicada y Estadística: Muestreo y estimación*. Tenerife: Departamento de Análisis Matemático. Universidad de La Laguna,.

ANEXOS

ANEXO I.- MATRIZ DE CONSISTENCIA

"CONTROL DEL DOLOR POST OPERATORIO EN CIRUGÍA ORAL UTILIZANDO LA ASOCIACIÓN TRAMADOL 37,5m /PARACETAMOL 325mg" C.D. HOOVER ALEJANDRO BONIFAZ RAMOS

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES		
			TIPO	INDICADORES	INDICES
<p>Problema General ¿Cómo es el control del dolor posoperatorio con Tramadol y Paracetamol en pacientes sometidos a cirugía oral, en el Hospital Santa María del Socorro de Ica-2019?</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuál es la dosis de control de la asociación Tramadol y Paracetamol para el dolor postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica-2019?</p> <p>¿De qué manera evoluciona del dolor posoperatorio de pacientes sometidos a cirugía oral, en el Hospital Santa María del Socorro de Ica-2019?</p> <p>¿Cuál es la eficacia analgésica de la asociación Tramadol y Paracetamol en el dolor postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía oral, en el departamento de odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica-2019?</p> <p>¿Cuáles son los efectos indeseables de la asociación Tramadol y Paracetamol en el control del dolor postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica-2019?</p>	<p>Objetivo General Determinar el control del dolor posoperatorio con la asociación Tramadol y Paracetamol en pacientes sometidos a Cirugía Oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019.</p> <p>Objetivos Específicos Determinar la dosis de control de la asociación Tramadol y Paracetamol para el dolor postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía oral, en el Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019.</p> <p>Evaluar la evolución del dolor posoperatorio de pacientes sometidos a cirugía oral, en el Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019.</p> <p>Establecer la eficacia analgésica de la asociación Tramadol y Paracetamol en el dolor postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía oral, en el Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2019.</p> <p>Establecer los efectos indeseables de la asociación Tramadol y Paracetamol en el control del dolor postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía oral, en el Departamento de Odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019.</p>	<p>Principal Como controlar el dolor posoperatorio de pacientes sometidos a cirugía oral con el uso de la asociación Tramadol y Paracetamol, en el departamento de odontología del Hospital Santa María del Socorro de Ica-2019.</p> <p>ESPECIFICAS Utilizando la asociación Tramadol y Paracetamol se logra controlar el dolor postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía oral".</p> <p>No se registran reacciones adversas en las dosis de la asociación Tramadol y Paracetamol utilizadas en el control del dolor postoperatorio de pacientes sometidos a Cirugía Oral".</p>	<p>Variable Independiente Asociación Tramadol y Paracetamol</p> <p>Variable dependiente Dolor Pos-operatorio en cirugía oral</p> <p>Variable interviniente Paciente sometido a cirugía oral</p>	<p>Dosis</p> <p>Escala EVA</p> <p>Edad Sexo Peso</p>	<p>Hasta 12 g / 24 horas</p> <p>Ausencia de Dolor (EVA = 0) Máximo Dolor (EVA = 10)</p> <p>Años Masculino/ femenino Kilogramos</p>

METODO Y DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	INSTRUMENTOS Y TECNICAS	TRATAMIENTO ESTADISTICO
<p>TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION</p> <p>El presente trabajo de investigación es cuantitativo, de nivel aplicativo, de tipo descriptivo</p> <p>Diseño cuasi experimental – Longitudinal</p>	<p>POBLACION BLANCO Constituida por pacientes sometidos a cirugía oral</p> <p>UNIDAD DE ANALISIS Cada paciente sometido a Cirugía de Exodoncias de terceros molares inferiores, caninos superiores y/o supernumerarios</p> <p>POBLACION EN ESTUDIO La población lo constituyen los pacientes sometido a cirugía de exodoncias de terceros molares inferiores, caninos superiores y/o supernumerarios.</p> <p>UNIDAD DE MUESTREO Cada paciente sometido a cirugía de exodoncia de terceros molares inferiores, caninos superiores y/o supernumerario que cumplen los criterios de inclusión:</p> <p>PROCEDIMIENTO DE MUESTREO Muestra intencional, en la cual se seleccionarán a 30 pacientes que cumplen los criterios de inclusión</p>	<p>TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Inspección de registros • Observación <p>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fichas de investigación bibliográfica • Encuestas • Cuestionarios • Fichas de observación • Historia Clínica 	<p>El ajuste grafico de los datos se realizará con el programa informático Microsoft Excel</p> <p>Para el tratamiento de los datos se utilizará el paquete SPSS (SPSS Inc., USA) y el asistente estadístico del programa de cálculos farmacológicos de Tallarida y Murraym.</p> <p>La estadística descriptiva para cada variable cuantitativa se presentará como media +- error estándar de la media (EEM), o mediante intervalos de confianza (IC) del 95 %.</p>

ANEXO II.- SOLICITUD PARA EJECUCION DEL PROYECTO.

**SOLICITO: EJECUCION DEL
PROYECTO DE TESIS**

**SEÑOR JEFE DE DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DEL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA.**

C.D. Hugo Yeren Cornejo.

Yo, **BONIFAZ RAMOS, Hoover Alejandro**; natural de Ica, Perú; Egresado la **Maestría en Odontología**; identificado con **DNI n° 21524107**, con domicilio en la Cooperativa de Vivienda El Bosque E – 11 de la ciudad de Ica, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, de conformidad con el Reglamento de Grados Académicos de la Escuela de Posgrado, solicité a su Departamento la Ejecución del Proyecto de Tesis titulado: **“CONTROL DEL DOLOR POST OPERATORIO EN CIRUGÍA ORAL UTILIZANDO LA ASOCIACIÓN TRAMADOL CON PARACETAMOL”**; lo cual se desarrollará entre las fechas del 01 de abril y 31 de mayo del presente año en curso; para tal efecto adjunto 01 ejemplar del proyecto aprobado, copia legalizada de la Declaración Jurada de originalidad e inédito del tema y el instrumento de evaluación del presente proyecto.

Por lo Expuesto:

A usted Señor Jefe del Departamento de Odontología, ruego acceder a mi petición.

Ica, 23 de Marzo del año 2019.


Hoover Alejandro Bonifaz Ramos
DNI n° 21524107

**GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO**

**C.D. JOSE HUGO YEREN CORNEJO
C.O.P. 3728
JEFE DE DEPARTAMENTO ODONTOLOGIA**

23-03-19

Recibido conforme

ANEXO III.- FICHA RECOLECTORA DE DATOS.

REGISTRO DE EVALUACION DEL DOLOR

PACIENTE Nro:	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>
Peso	<input type="text"/>

ESCALA DE DOLOR (EVA)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4 HORAS										
8 HORAS										
12 HORAS										
24 HORAS										

REACCIONES ADVERSAS / EFECTOS INDESEADOS

MAREOS	<input type="checkbox"/>
NAUSEAS	<input type="checkbox"/>
DOLOR DE CABEZA	<input type="checkbox"/>
SOMNOLENCIA AGUDA	<input type="checkbox"/>

OTROS _____

ANEXO IV.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO QUE REQUIERO Y CONTROL DEL DOLOR POST QUIRURGICO EN CIRUGIA BUCAL.

Yo, _____; autorizo al Cirujano Dentista **Bonifaz Ramos, Hoover Alejandro**, con registro profesional **COP n°9152**; a realizarme:

.....
El diagnóstico que se me ha dado es:

.....
El Tratamiento consistirá en:

.....
y mi negación al tratamiento traerían consecuencias tales como:

.....
Existen riesgos que pueden surgir en el curso del tratamiento, tales como:

.....
Autorizo que se obtengan (marque la opción correcta que desee):

Fotografías (SI) (NO)

Videos (SI) (NO)

Otros Registros gráficos (SI) (NO); en el Pre –Intra y Post operatorio.

Autorizo la difusión de registros gráficos de mi tratamiento en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos (SI) (NO).

Existe la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento del tratamiento, y asumo las consecuencias de cualquier naturaleza que ello puedan derivarse.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido que me ha permitido realizar observaciones, aclarando todas las dudas planteadas. Me comprometo a seguir todas las indicaciones y recomendaciones que se realicen por el tratamiento que por este medio **ACEPTO**.

Habiéndose aclarado dudas y preguntas sobre los procedimientos, **AUTORIZO** a iniciar lo mencionado.

Ica, /...../2018.

Firma del Paciente
DNI n°

Firma y Sello del Profesional
COP. N° 9152

**ANEXO V.- INFORME FINAL CULMINACION EJECUCION DEL
PROYECTO.**



**GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE
ICA**



**HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – ICA
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA
IMPUNIDAD”**

INFORME N°001-2019-HSMSI- SERVICIO DE ODONTOLOGIA

Ica, 31 de Mayo del 2019.

**SR. Director de la Escuela de Post Grado de la UNICA.
Dr. Israel Hernández García.**

Por intermedio de la presente le brindo mis cordiales saludos y desearle los para bienes respectivos y su vez informarle lo siguiente:

Que, **BONIFAZ RAMOS, Hoover Alejandro**; natural de Ica, Perú; Egresado la **Maestría en Odontología**; identificado con **DNI n° 21524107**, ha culminado satisfactoriamente la ejecución del Proyecto de Tesis titulado: **“CONTROL DEL DOLOR POST OPERATORIO EN CIRUGÍA ORAL UTILIZANDO LA ASOCIACIÓN TRAMADOL CON PARACETAMOL”**; lo cual se desarrolló entre las fechas del 01 de abril y 31 de mayo del presente año en curso.

Por lo cual le informo a usted, para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

**GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO**

**C.D. JOSE HUGO YEREN CORNEJO
C.O.P. 3728
JEFE DE DEPARTAMENTO ODONTOLOGIA**